

**UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz””

Informe Final del Trabajo de Titulación de Psicóloga Clínica

Autora: Daysi Alexandra Jami Cóndor
Tutor: Dr. Patricio Jácome Salazar

Quito-2012

C
0393

J24 Jami Cóndor, Daysi Alexandra
Revelación, manejo de diagnóstico y
consecuencias psicosociales que presentan los
niños/as y adolescentes viviendo VIH en el
Hospital Pediátrico Baca Ortiz / Daysi Alexandra
Jami Cóndor. -- Informe final del Trabajo de
Titulación de Psicóloga Clínica. -- Quito:
Universidad Central del Ecuador, Facultad de
Ciencias Psicológicas, 2012.
109 p.: graf., tbls.
Director: Jácome Salazar, Patricio

AGRADECIMIENTO

Los resultados de este trabajo de grado, están dedicados a todas aquellas personas que, de alguna forma, son parte de su culminación. Mis más sinceros agradecimientos están dirigidos a la Facultad de Ciencias Psicológicas que me abrió sus puertas para lograr mi más grande anhelo, el ser una profesional en Psicología Clínica, a la Institución que me abrió las puertas para realizar mi trabajo investigativo “Hospital Pediátrico Baca Ortiz”, a los profesionales del Área de Infectología en especial a la Dra. Greta Muñoz y Dra. Rossana Sandoval Psicóloga Clínica, quienes con su ayuda desinteresada, me brindaron información relevante.

A mi tutor Dr. Patricio Jácome el cual ha sabido guiarme y proporcionarme todos los instrumentos que me han servido como guía para culminar este trabajo.

Daysi Alexandra Jami Cóndor

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado a mis seres queridos, los cuales con su apoyo contribuyeron a que alcance mis metas, a mis padres Guillermo Jami y Rosita Córdor, quienes contribuyeron en mis sueños alentándome y apoyándome siempre.

A mis hijos Fernanda y Nicolás por cada sonrisa, por cada muestra de afecto que hicieron que continúe con mi camino y se cristalicen mis sueños, depositando su entera confianza en cada reto que se me presentaba sin dudar ni un solo momento en mi capacidad., los cuales se han encontrado a mi lado en cada paso, cuidándome y dándome fortaleza para continuar.

Además una dedicatoria muy especial a mi hijo Javier, el cual me demuestra cada día que el ser madre de un angelito con parálisis cerebral es una bendición de Dios, ya que gracias a él todas las cosas tienen sentido, y me demuestra a cada paso que la vida está llena de retos que los podemos pasar e irlos perfeccionando, por todo eso y los nuevos retos que vendrán, y los viviremos juntos, simplemente te amo.

A mi esposo, Fernando quien a lo largo de nuestro matrimonio me ha proporcionado amor y apoyo en todo momento, acompañándome siempre de la mano y ayudándome a ser una mejor madre y esposa.

Es por ellos que he logrado culminar mi carrera. Los amo con mi vida.

Daysi Alexandra Jami Córdor

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Quito, 24 de Junio del 2013

Yo, **Daysi Alexandra Jami Cóndor** autora de la investigación, con cédula de ciudadanía No. **1715929145**, libre y voluntariamente DECLARO, que el presente Trabajo de Titulación:

“Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH en el Hospital pediátrico “Baca Ortiz”,

Es original y de mi autoría, de ser comprobado lo contrario me someto a las disposiciones legales pertinentes.

Atentamente,

f 

Daysi Alexandra Jami Cóndor
C.C. 1715929145

AUTORIZACION DE LA AUTORIA INTELECTUAL

Yo, **Daysi Alexandra Jami Cóndor**, en calidad de autor del trabajo de investigación o tesis realizada sobre:

“Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH en el hospital pediátrico “Baca Ortiz”,

por la presente autorizo a la UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR, hace uso de todos los contenidos que me pertenecen o de parte de los que contienen esta obra, con fines estrictamente académicos o de investigación.

Los derechos que como autor me corresponden, con excepción de la presente autorización, seguirán vigentes a mi favor, de conformidad con lo establecido en los artículos 5,6,8: 19 y demás pertinentes de la Ley de Propiedad Intelectual y su Reglamento.

Quito, 24 de Junio del 2013

f 

Daysi Alexandra Jami Cóndor
C.C. 1715929145

RESUMEN DOCUMENTAL

Trabajo de grado académico sobre **Psicología Clínica**, Psicofisiología, Psicología del Enfermo, Trastornos Infecciosos, específicamente enfermedades crónicas y emociones. **El objetivo fundamental** es revelar el diagnóstico, e identificar reacciones emocionales y psicosociales. La vulnerabilidad que enfrentan niños y adolescentes al desconocer que son portadores del SIDA; **motiva a probar que** Las reacciones psicológicas varían de acuerdo a la edad ante la revelación de diagnóstico y que un niño con este diagnóstico provenga de un hogar desestructurado genera mayor ansiedad y depresión. Fundamentadas teóricamente en el enfoque cognitivo conductual de Piaget; que se basa en el proceso de la información de acuerdo a la edad; tratado en cinco capítulos: virus de inmunodeficiencia humana, salud y enfermedad, niñez, adolescencia, ansiedad y depresión. Investigación descriptiva cualicuantitativa, con método inductivo - deductivo, muestra no probabilística de treinta y dos niños/as y adolescentes entre siete y catorce años, pacientes de hospital, se ha evaluado ansiedad y depresión antes y después de la revelación; cuyos resultados han revelado un aumento significativo de ansiedad y depresión después de conocer su diagnóstico

CATEGORIAS TEMATICAS

PRIMARIA: PSICOLOGIA CLINICA
PSICOLOGIA DEL ENFERMO
PSICOFISIOLOGIA

SECUNDARIA: TRASTORNOS INFECCIOSOS
EMOCIONES

DESCRIPTORES:
SIDA - PACIENTES PEDIATRICOS – AFRONTAMIENTO
ANSIEDAD INFANTIL - PACIENTES PEDIATRICOS
DEPRESIÓN – PACIENTES PEDIATRICOS
DEPRESION – TEST CDI
ANSIEDAD – TEST CMAS-R
HOSPITAL PEDIATRICO BACA ORTIZ

DESCRIPTORES GEOGRAFICOS:
SIERRA – PICHINCHA - QUITO

DOCUMENTARY SUMMARY

Degree Working on Clinical Psychology, Psychophysiology, Psychology Sick, Infectious disorders, specifically chronic and emotions. The main objective is to reveal the diagnosis, and identify emotional and psychosocial reactions. The vulnerability faced by children and adolescents unaware that they carry AIDS; motivates prove that psychological reactions vary according to age at diagnosis and the revelation of a child with this diagnosis comes from a broken home generates more anxiety and depression. Theoretically grounded in Piaget's cognitive-behavioral approach, which is based on the process information according to age, treated in five chapters: human immunodeficiency virus, health and disease, childhood, adolescence, anxiety and depression. Quali-quantitative descriptive research with inductive - deductive, probabilistic sample of thirty-two boys / girls and adolescents between seven and fourteen years of hospital patients has been assessed anxiety and depression before and after the revelation, the results have revealed a significant increase in anxiety and depression after learning of his diagnosis

SUBJECT CATEGORIES

PRIMARY: CLINICAL PSYCHOLOGY
PSYCHOLOGY OF THE SICK
PSYCHOPHYSIOLOGY

SECONDARY: INFECTIOUS DISORDERS
EMOTIONS

DESCRIPTORS:

AIDS - PEDIATRIC PATIENTS - COPING
CHILD ANXIETY - PEDIATRIC PATIENTS
DEPRESSION - PEDIATRIC PATIENTS
DEPRESSION - CDI TEST
ANXIETY - TEST CMAS-R
ORTIZ BACA PEDIATRIC HOSPITAL

GEOGRAPHICAL DESCRIPTORS:

SIERRA – PICHINCHA - QUITO

TABLA DE CONTENIDOS

A. PRELIMINARES

Agradecimiento	iii
Dedicatoria	iv
Declaratoria de Originalidad	v
Autorización de la Autoría Intelectual	vi
Resumen documental	vii
Documentary summary	viii
Tabla de contenidos	ix
Tabla de cuadros	97
Tabla de gráficos	98

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

INTRODUCCION	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
Preguntas	2
OBJETIVOS	2
General	2
Específico	2
JUSTIFICACION E IMPORTANCIA	2

MARCO REFERENCIAL

HISTORIA HOSPITAL PEDIÁTRICO “BACA ORTIZ”	4
---	---

MARCO TEORICO

CAPITULO I

1. La niñez intermedia	6
1.1. Características de la niñez	6
1.2. Desarrollo Físico	6
1.3. Desarrollo Cognoscitivo	7
1.3.1. Etapa piagetiana de las operaciones concretas (7 a 12 años)	7
1.4. Desarrollo Psicosocial	8
1.4.1. Autoestima	9
1.5. Desarrollo Socioemocional	10
1.5.1. Las emociones	10
1.6. Familia en la niñez intermedia	11

CAPITULO II

2. La adolescencia	13
2.1. Características de la adolescencia	13
2.2. Desarrollo Físico	14
2.2.1. Características sexuales primarias	15
2.2.2. Características sexuales secundarias	15
2.3. Imagen Corporal	15
2.4. Desarrollo Cognoscitivo	15
2.4.1. El cerebro en la Adolescencia	15
2.4.2. Etapas piagetianas de las operaciones formales (12 años a la edad adulta)	16
2.5. Desarrollo Psicosocial	17
2.5.1. Búsqueda de la identidad en el adolescente	17
2.5.2. Relaciones; familia y amigos	18
2.6. Desarrollo Socioemocional	18
2.7. Sexualidad	20

CAPITULO III	22
3. Salud y enfermedad en el niño y adolescente	22
3.1. El enfermar y la conducta de enfermar	22
3.2. Factores Psicosociales en la enfermedad	23
3.2.1. Enfermedad crónica y adaptación psicosocial	24
3.2.2. Factores de la enfermedad	24
3.3. Enfermedades catastróficas (VIH/SIDA).....	24
3.3.1. Estereotipos	26
3.3.2. Estigmas	26
CAPITULO IV.....	28
4. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).	28
4.1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).	28
4.2. Diferenciación entre VIH/SIDA.	28
4.3. Etapas de la evolución de la enfermedad.	28
4.3.1. Infección primaria Síndrome retroviral agudo.....	28
4.3.2. Periodo de ventana inmunológica.	29
4.4. Latencia clínica.....	29
4.4.1. Infección crónica asintomática.	29
4.5. Fase sintomática	29
4.5.1. Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida.....	29
4.6. Vías de transmisión	29
4.6.1. Vía sexual.....	30
4.6.2. Vía sanguínea	30
4.6.3. Vía materno infantil	30
4.7. Diagnóstico de infección VIH en el niño y adolescente	30
CAPITULO V	31
5. Ansiedad.....	31
5.1. Ansiedad en la infancia	31
5.1.1. Ansiedad Normal.....	31
5.1.2. Ansiedad Patológica.....	32
5.2. Etiología de los trastornos de ansiedad	32
5.3. Factores que intervienen en la ansiedad.....	33
5.3.1. Factor Cognitivo	33
5.3.2. Factor cerebral	33
5.3.3. Factor familiar	33
5.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia	34
5.4.1. Ansiedad de separación	34
5.4.2. Trastorno de evitación.....	36
5.4.3. Ansiedad excesiva.....	36
5.5. Depresión	37
5.5.1. Definición.....	37
5.5.2. Depresión en la niñez y la Adolescencia	37
5.6. Etiología de la depresión en la infancia	37
5.6.1. Etiología Primaria	38
5.6.2. Etiología Secundaria	38
5.7. Trastorno depresivo mayor	40
5.7.1. Características clínicas	40
5.7.2. Trastorno distimico	40
5.7.3. Características clínicas	40

CAPITULO VI.....	42
6. Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R	42
6.1. Descripción general	42
6.2. Puntuación.....	43
6.3. Confiabilidad.....	44
6.4. Validez	45
6.5. Inventario de depresión infantil (CDI).....	46
6.5.1. Descripción general	46
6.6. Estandarización	47
6.7. Fiabilidad y validez del CDI	48
6.7.1. Confiabilidad	48
6.7.2. Validez	50
6.8. Normalización del inventario	50
MARCO METODOLOGICO	53
Hipótesis	53
Matriz de variables.....	53
Hipótesis I.....	53
Hipótesis II	55
Diseño de investigación.....	56
Tipo de investigación	56
Población y muestra	57
Técnicas e instrumentos	57
RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	59
Comprobación de la hipótesis.....	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	82
Conclusiones.....	82
Recomendaciones	84
C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	85
Tangibles	85
ANEXOS	86
Anexo A. Proyecto de Investigación Aprobado.....	86
Anexo B. Glosario técnicos	96

B. INFORME FINAL DEL TRABAJO DE TITULACION

INTRODUCCION

El VIH/SIDA es una enfermedad que conlleva estigma y discriminación, que afecta a cada persona que la padece ya que se considera que solo las personas que tienen conductas sexuales inadecuadas son las que presentan este diagnóstico. Olvidando que las formas de transición no solo son por medio de relaciones sexuales.

Se ha convertido en un problema social que no se trata abiertamente sino que se lo oculta, provocando en las personas seropositivas consecuencias psicológicas, sociales y emocionales graves, guardado como un secreto, incluso entre los mismos miembros de la familia por temor.

Pero las personas más vulnerables que presentan el diagnóstico de VIH/SIDA son los niños y adolescentes que comúnmente es el último en conocer su estado, dificultando un adecuado tratamiento y cuidados en los menores por las interrogantes que puedan surgir en ellos, impidiendo así que los niños mejoren su calidad de vida, lo cual hace que la revelación del diagnóstico sea un proceso esencial e inmediato.

No obstante, muchos familiares se han mostrado renuentes a revelar el diagnóstico de seropositividad para VIH a los niños, niñas y adolescentes infectados, esto se debe al temor ya que los padres quieren proteger a sus hijos de realidades difíciles, o para mantener la inocencia del niño el mayor tiempo posible sin la preocupación que representaría saber que necesitara tratamiento por el resto de su vida, o para evitar el enojo que puede generar en su hijo saber que sus padres le transmitieron la enfermedad.

El secreto del diagnóstico presenta factores más negativos que positivos. La falta de información puede desarrollar en los niños y adolescentes ideas erradas sobre su enfermedad alejándoles de las posibles fuentes de apoyo.

Pero algo que los padres deben tener en cuenta es que con el desarrollo el menor manifiesta otras necesidades y comenzara a indagar acerca del tratamiento y medicación que recibe, pudiendo así obtener información desfavorable y generar conflictivas en el menor.

Se considera adecuado que niños mayores y adolescentes conozcan su diagnóstico de modo que, con la educación y apoyo emocional necesarios, puedan llegar a tener más control sobre el proceso de su enfermedad.

“Todos niños y adolescentes deben conocer su diagnóstico y que la revelación debe ser considerada para niños en edad escolar teniendo en cuenta su edad, nivel de desarrollo cognitivo, madurez psicosocial, complejidad de la dinámica familiar y el contexto clínico”. (**Rev Chil Salud Pública 2009**).

Para los adolescentes se considera aún más imperativo para no exponer a otros, sin saberlo, durante la actividad sexual. De allí parte el interés de establecer programas que ayuden a la persona afectada a sobrellevar la enfermedad y las situaciones negativas que acarrea.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Preguntas

¿Cuáles son las afectaciones emocionales que presentan los niños/as y adolescentes a la revelación del estado serológico?

¿Cuáles son las consecuencias psicosociales que se generan a partir de la revelación en los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de VIH/SIDA?

OBJETIVOS

General

- Revelar el diagnóstico de VIH/SIDA, e Identificar las reacciones emocionales y psicosociales en los niños, niñas y adolescentes, que acuden al servicio de infectología del Hospital pediátrico “Baca Ortiz”.

Específico

- Determinar si la edad, de los niños, niñas y adolescentes influye en la revelación.
- Identificar si la desestructuración familiar influye en el menor al momento de la revelación.

JUSTIFICACION E IMPORTANCIA

El VIH/SIDA es una controvertida enfermedad que ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas en todo el mundo, convirtiéndose en una de las epidemias más destructivas de la historia. La situación de la epidemia en el mundo, es de 33-36 millones de caso VIH (África Sub Sahariana), 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el sida, la cifra de personas con VIH menores de 15 años es de 2 millones, la situación en América Latina es de 1,7 millones de casos en lo cuales 140000 son nuevas

infecciones contando con 63000 fallecidos por esta causa, la situación en el Ecuador prevalece menor al 1% en la población general, presentándose la mayor vulnerabilidad en mujeres embarazadas, en adolescentes escolares y no escolares, en la provincia de Guayas se han notificados 684 casos de Sida y 2329 casos con VIH siendo la provincia con mayor número de infectados, se evidencia que Pichincha es la segunda provincia que presenta 263 casos de Sida y casos VIH 383 personas de acuerdo(MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2009).

La calidad de vida relacionada con la salud es un factor importante en el tratamiento de la infección por VIH. Por ese motivo es fundamental el inicio de programas que a mas de contrarrestar la enfermedad se enfoque en los aspectos psicológicos que con lleva tenerla. El número de casos ha ido en aumento sostenido y ha llegado a transformarse en una de las principales causas de muerte, especialmente en gente joven y en países con recursos limitados. Estudios muestran la baja tasa de divulgación a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad que conocen su diagnóstico de seropositivos al VIH/sida; las razones reportadas por cuidadores y profesionales de salud para retrasar la entrega del diagnóstico se relacionan con la protección de los menores frente al daño psicológico o estrés emocional, temor a la revelación involuntaria del niño a otras personas conducente a posibles situaciones que los estigmatiza y falta de capacitación con relación al procedimiento y edad para entregar esta información.

Pero el revelar el diagnostico especialmente en adolescentes es que este se encuentre bien informado y podamos precautelar la seguridad de otros adolescentes que puedan llegar al contagio por medio de las relaciones sexuales.

MARCO REFERENCIAL

HISTORIA HOSPITAL PEDIÁTRICO “BACA ORTIZ”

El Señor Héctor Baca falleció el 28 de septiembre de 1918, en su testamento deja un legado en el que “encarga al Cabildo Eclesiástico de Quito la construcción y sostenimiento de un Hospital para niños pobres en Quito”.

Después de la muerte de su esposa, la Sra. Dolores Ortiz, en 1924, se constituyó la “Junta Administrativa del Hospital Baca Ortiz”, presidida por el Dr. Gabriel Araujo. El 17 de mayo del mismo año el Ministro de Instrucción Pública aprobó los Estatutos de la Junta, la cual obtiene la posesión legal de los bienes.

El 14 de julio de 1948 el Hospital abre sus puertas por primera vez a los niños enfermos de nuestro país. Desde entonces, y como parte de nuestro compromiso, seguimos trabajando por brindar un servicio de calidad y con calidez.

Misión

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz es una Unidad de Tercer nivel del Ministerio de Salud Pública que brinda atención médica infantil en prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, con alta calidad profesional, ética, calidez y humanismo.

Visión

El Hospital Pediátrico Baca Ortiz será líder nacional en atención médica en todas las especialidades pediátricas, con atención de la más alta calidad, por poseer talento humano de excelencia académica y tecnología de vanguardia

Servicio de Psicología

El Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” abre sus puertas por primera vez el 14 de Julio de 1948 para la atención de la niñez enferma y desposeída de nuestro país.

En noviembre de 1973 el Dr. José Luis Eisitdie creó el servicio de salud mental realizando las funciones de Psiquiatría, posteriormente en 1976 se añade al servicio la Dra. Marcia Hidalgo profesional de psiquiatría. En 1984 ingresa al servicio en calidad de Psicólogo Clínico el Dr. Oswaldo Bolagay quien en la actualidad es Jefe del Servicio de Salud Mental. En agosto de 1988 ingresa al servicio la Psicorehabilitadora, Dra. Deidemia Villenas y un Psicólogo Clínico más. Poco a poco el servicio de salud mental fue incrementando su personal debido a la gran demanda,

hasta que en la actualidad laboran siete Psicólogos Clínicos y una Psicorehabilitadora, en las diversas áreas de especialidad.

El Hospital pediátrico “Baca Ortiz”, es una unidad operativa en la cual se realiza trabajo de promoción, prevención y tratamiento en las diversas áreas, en el cual se puede evidenciar y palpar la realidad de todos los niños y niñas del Ecuador en lo que se refiere a salud.

El departamento de Salud Mental en la actualidad es de fundamental importancia para el trabajo multidisciplinario para lograr que los menores hospitalizados y los que acuden por consulta externa reciban atención de calidad, de acuerdo a sus necesidades. Además esta institución médica es un pilar fundamental para la preparación preprofesional y la obtención del título de Psicólogo Clínico, en el área de salud mental con nuevos retos y nuevas posibilidades de aprendizaje, ya que en los últimos años la incidencia de pacientes que acuden al área de psicología clínica ha ido en aumento.

Servicio de Infectología

Unidad creada con la finalidad de concentrar a los niños con enfermedades infectocontagiosas que ameritan aislamiento, tratamiento de especialidad, ofreciéndoles atención continua las 24 horas del día. Se considera enfermo a aquel que ha desarrollado una patología infecto-contagiosa, las mismas que son superadas con tratamiento adecuado y cuidados especiales

MARCO TEORICO

CAPITULO I

1. LA NIÑEZ INTERMEDIA

Se considera a este periodo desde los seis a doce años, denominado periodo escolar o de latencia en la vida del niño, el cual se presenta cambios importantes que serán determinantes en la vida de niño y el entorno en el cual se desenvuelve que serán descritos a continuación.

1.1. Características de la niñez

La niñez considerado un proceso fundamental y la base para la vida adulta, esta es una de las etapas en la cual los niños/as experimentan grandes cambios: en las habilidades físicas, cognitivas y sociales alcanzando la dominancia de estas a medida que van creciendo.

Además, en comparación a los primeros años de vida es una de las etapas consideradas como tranquilas en el desarrollo del niño en relación a los cambios que se presentan en la adolescencia.

La bibliografía hace referencia, que los menores presentan desadaptación y desequilibrio emocional y esto puede deberse a que ingresan a la escuela, especialmente en niños que presentan dependencia dentro del hogar.

Es importante que el menor se adapte al entorno escolar para que vaya generando seguridad y confianza. los niños:

A los 7 años recobran seguridad y confianza personal, por lo tanto empieza a sentirse a gusto en el entorno escolar, lo cual despierta su interés en el aprendizaje.

A los 8 años en el niño se aviva el espíritu de crítica y expectativas acerca del aprendizaje adquirido, además de iniciar su interés a formas grupos por afinidad.

A los 9 y 10 años se manifiesta la rivalidad y competencia de acuerdo al género, formando grupos tomando en cuenta el género.

A los 11 y 12 años aparecen aspectos importantes en relación a los cambios físicos y emocionales, además surge el interés por personas de otro sexo.

1.2. Desarrollo Físico

En la niñez intermedia o niñez tardía se experimentan cambios físicos los cuales van alcanzando dominancia de nuevas habilidades a medida que van creciendo.

El crecimiento que se da en esta etapa es paulatino pero de grande significancia, a pesar que durante este periodo no existe un crecimiento acelerado como en los primeros años de vida, el niño empieza a percibir algunas de las diferencias existentes con otros niños/as.

Durante esta etapa se puede evidenciar un cambio en la estatura y peso debido al desarrollo de los huesos y músculos, en este ciclo.

Dentro del proceso de crecimiento se observa un desarrollo acelerado en la estatura en las niñas, siendo más altas que los niños en este periodo.

En cuanto al peso se presenta de forma parecida a la estatura, volviéndose los niños y niñas más musculosas y su fuerza se incrementa,

Además hay que tomar en cuenta que el desarrollo que cada niño presente va a depender de factores hereditarios, y nutricionales, esto hará que el peso y talla varíe.

1.3. Desarrollo Cognoscitivo

Durante la niñez intermedia las habilidades que el niño adquiere se amplían ayudando a que entiendan y dominan tareas complejas, además este desarrollo cognoscitivo es el que nos aclara los avances intelectuales que presentan los niños, de forma cuantitativamente y cualitativamente, en cuanto a los procesos mentales lógicos, organizados y formales que alcanzara en esta etapa.

Los menores en esta etapa aun presentan limitaciones a pensar en situaciones reales del aquí y el ahora, ya que aun en esta etapa no alcanzan un nivel abstracto que es característico de los adolescentes.

Según Piaget, el dominio que los niños logran de sus habilidades cognitivas dependerá de el nivel de maduración psicológica y del nivel de adaptación influye de acuerdo al ambiente físico y social.

1.3.1. Etapa piagetiana de las operaciones concretas (7 a 12 años)

Jean Piaget (1970), “señala que los niños atraviesan por cuatro etapas en un orden fijo, sostuvo que estas etapas difieren no solo en la cantidad de información adquirida en cada una, si no también en la calidad de los conocimientos y la comprensión”, uno de los logros alcanzados es que en esta etapa superan el egocentrismo característico del periodo pre operacional.

Por lo cual en este periodo de las operaciones concretas, los niños se muestran menos egocentristas, ya que al momento de tomar una decisión lo hacen de manera más lógica tomando en cuenta diversos aspectos de una situación, una habilidad conocida como **descentración (o desfocalización)**.

Al inicio de esta etapa se puede evidenciar en los niños la existencia de algunas limitaciones en el pensamiento en relación a la realidad física concreta del mundo y en ocasiones se les dificulta entender preguntas abstractas o hipotéticas, caracterizando al menor por abordar el problema al

azar sin mayor planificación y estructuración, pero a medida que el niño crece, su forma de razonar y estructurar va cambiando y así se va incorporando de a poco mas habilidades cognoscitivas como; lograr que el desarrollo del pensamiento sea mas lógico alcanzando el concepto de **reversibilidad** .

Jean Piaget “señala que los individuos no aumentan su desempeño cognoscitivo a menos que esté presente una disposición cognoscitiva generada por la maduración y por una estimulación ambiental apropiada,” así que el desarrollo cognoscitivo dependerá en parte de las condiciones favorables o desfavorables que le ofrezca su entorno.

1.4.Desarrollo Psicosocial

Durante el desarrollo psicosocial que se presenta en la niñez intermedia podemos observar que experimentan cambios importantes y drásticos a la vez, ya que anteriormente el único contacto social provenía de su familia, y ahora experimentan nuevos vínculos con sus pares, fortaleciendo los vínculos fuera del hogar. Además el vínculo dentro del hogar y las relaciones con sus miembros puede tener efectos profundos en su desarrollo psicosocial.

Erickson define a esta etapa como la de “**industriosidad frente a inferioridad**”, caracterizada por un enfoque en el esfuerzo por cumplir los desafíos presentados por los padres, los compañeros, la escuela y las demás complejidades del mundo moderno.

Dentro de este desarrollo los niños empiezan a tener una visión diferente de ellos mismos por toda la influencia recibida de su entorno social, siendo predominante el tipo o las características de las condiciones sociales en las cuales se desarrolla ya que influirá de manera radical en el comportamiento del menor.

A medida que el menor va descubriendo su entorno social y el lugar que ocupa en el, también se van presentando en los niños una visión menos simplistas y va adquiriendo mayor complejidad.

Además, el niño buscara un lugar en el cual encajar dentro de su mundo social, experimentando sentimientos de dominio, aptitud y en ocasiones sentimientos de fracaso e insuficiencia. Durante este complejo proceso que atraviesa el niño se va desarrollando el autoconcepto académico, autoconcepto social, autoconcepto emocional y autoconcepto físico, en el cual el menor empieza a evaluarse así mismo, tomando en cuenta aspectos positivos y negativos.

Durante esta etapa es importante el hablar del desarrollo del concepto de si mismo ya que en la niñez intermedia, empieza este descubrimiento de manera continua, desarrollándose en ellos conceptos más realistas y complejos, además encontramos durante este proceso vital el crecimiento del entendimiento y control de sus emociones.

Los juicios que se presenta en el desarrollo de la niñez intermedia, son más claros, complejos y realistas, lo cual determinara la aceptación y aprobación de sí mismo.

1.4.1. Autoestima

“La autoestima es la autoevaluación general y específica, positiva o negativa, de un individuo”. (Feldman, 2007).

La autoestima engloba dos aspectos fundamentales en la vida del ser humano, que darán lugar a una autoestima favorable o desfavorable, estos dos aspectos son el autoconcepto el cual nos ofrece una visión de sí mismo y de su entorno personal que lo rodea; y la autoaceptación que se refiere el no avergonzarse de cualquier aspecto del sí-mismo. y vivir a plenitud con lo que uno es y no discriminarse, ni ocultarse, es decir, al hablar de autoestima nos referimos principalmente a la aceptación de uno mismo, acerca de las cualidades, los defectos, la seguridad y confianza con la cual se puede enfrentar los retos en la vida.

Esta se va desarrollando desde el nacimiento mismo, los cuidados iniciales que va proporcionando la madre irán formando una autoestima positiva en el niño, debido a que cuando el menor se siente protegido y todas sus están cubiertas, pero estas necesidades como la alimentación, higiene y abrigo, ayudara a que nos desarrollemos durante todas las etapas de la vida, pero no hay que olvidar que las necesidades afectivas como las caricias, sonrisas, palabras agradables, compañía y atención oportuna nos brindara mayor seguridad y generara un sentimiento de ser una persona digna de ser amada.

Por otro lado cuando faltan estas atenciones se generara en el niño inseguridad y se sentirá poco digno de ser querido.

Por eso la importancia de un manejo adecuado dentro del entorno del menor en todas las etapas de la vida, marcara la autoestima y los valores lo que harán que el menor se sienta valioso y en el caso de ser rechazado, su autoestima se verá fuertemente afectada y disminuida.

“La autoestima se desarrolla de manera importante durante la niñez intermedia, debido a que los niños se comparan cada vez mas con otros, y al hacerlo evalúan que tanto están a la altura de los estándares de la sociedad. Además, van desarrollando sus propios estándares internos de éxito y que tan bien salen librados. Uno de los avances que ocurren durante la niñez intermedia es que, al igual que el autoconcepto, la autoestima se vuelve cada vez mas diferenciada. A la edad de siete años, la mayoría de los niños tiene una autoestima que refleja una visión global y bastante simple de si mismo. Si su autoestima general es positiva, creen que son relativamente buenos en todo.

Por lo contrario, si su autoestima es negativa, sienten que son ineptos para la mayoría de las cosas.”
(**Marsh y Shavelson, 1985; Harter, 1990b**) (Feldman, 2007)

1.5.Desarrollo Socioemocional

1.5.1. Las emociones

(**Campos, 2004; Saarni y colaboradores, 2006**) definen a las emociones como un sentimiento o afecto que surge cuando una persona se encuentra en cierto estado o interacción importante para ella, especialmente para su propio bienestar. (Santrock, 2007)

Podemos clasificar a las emociones como emociones positivas y emociones negativas las cuales varían de acuerdo a su intensidad a las cuales se ven expuestas, pudiendo transmitirlas a través de la alegría, entusiasmo, el amor; o mediante la ansiedad, el temor, el enojo y la tristeza, etc.

(**Campos, 1994,2001; Saarni y colaboradores, 2006; Thompson 2006**) Los especialistas en el desarrollo tienden a considerar las emociones como el resultado de los intentos del individuo por adaptarse a las demandas de contextos específicos.

Las respuestas emocionales de un niño no pueden separarse de las situaciones que la provocan, las cuales son con frecuencia contextos interpersonales. Desde la perspectiva funcionalista, las emociones implican una relación, más que ser fenómenos estrictamente internos e intrapsíquicos. (Santrock, 2007)

Las emociones en la Niñez Intermedia o tardía, de acuerdo al desarrollo se presentan cambios importantes en las emociones durante esta etapa.

(**Santrock John, 2007**) refiere que durante la niñez intermedia se presenta:

- Mayor habilidad para entender emociones complejas como el orgullo y la vergüenza (Kuebli, 1994). Estas emociones se vuelven más internalizadas (autogeneradas) y se integran a un sentido de responsabilidad personal.
- Mayor comprensión de que en una situación específica es posible experimentar más de una emoción.
- Mayor tendencia a tomar en cuenta todos los eventos que producen reacciones emocionales.
- Mejor notoria en la capacidad de eliminar u ocultar reacciones emocionales negativas.
- Uso de estrategias iniciadas por el niño para redirigir los sentimientos, como el empleo de pensamientos de distracción.

En resumen “en la niñez intermedia los niños ya son más reflexivos y estratégicos en su vida emocional...sin embargo, los niños de esta edad también son capaces de manifestar una empatía

genuina y una mayor comprensión emocional, como nunca antes” (Thompson y Goodvin, 2005, pp, 401-402)

El crecimiento emocional en la niñez intermedia es bastante complejo. Entre los siete y los ocho años, los niños interiorizan plenamente los sentimientos de vergüenza y orgullo. Estas emociones, que dependen de la conciencia de las implicaciones de sus acciones y de la clase de socialización que hayan recibido, afectan la opinión que tienen de si mismos (Harter, 1993) (Papalia, 2004)

A medida que los niños crecen, pueden entender y controlar mejor las emociones negativas. Ellos saben que los pone furiosos, que les hace sentir miedo o tristeza y cual es la reacción probable de otras personas cuando ellos manifiestan estas emociones, de manera que pueden controlar y adaptar su comportamiento de acuerdo con ello. Además, entienden la diferencia entre tener una emoción y expresarla (Papalia, 2004).

1.6. Familia en la niñez intermedia

“En psicología se valora a la familia como una institución social que permite un correcto desarrollo personal.” (Enciclopedia Psicología, Oceano).

A pesar que durante la niñez intermedia los niños la mayor parte del tiempo permanecen con niños de su edad, la familia sigue siendo un eje indispensable y fundamental en el proceso del menor, siendo la familia la que le guíara y proporcionara conductas beneficiosas para su desarrollo.

Pero dentro de este mundo cambiante podemos evidenciar que la familia no se encuentra estructurada, ya sea, por situación laboral de los padres, divorcio, migración, o muerte de estos, haciendo que la mayor parte del tiempo el menor pase solo con uno de los padres y en el peor de los casos permanezcan solos la mayor parte del día.

Dentro del marco teórico se citara la desestructuración de la familia, solamente por muerte de uno o ambos padres durante la niñez intermedia, aspecto que fortalecerá el trabajo investigativo.

El ambiente en el hogar de un niño tiene dos componentes importantes. Esta la estructura de la familia: si hay dos padres o uno, o si alguien mas esta educando al niño. Luego está la atmosfera de la familia a nivel económico, social y psicológico. Ambos factores se han visto afectados por los cambios en la vida familiar. (Papalia, 2004)

A pesar de contar con una estructura y atmosfera favorable, debemos tomar en cuenta como influirá en el menor y su familia los valores culturales, los cuales precisarán los roles de cada uno de sus integrantes y el ritmo de vida, pudiendo generar en estos beneficios y prejuicios.

Los patrones culturales que brinde la familia y la sociedad al niño, le permitirá o afectará el desarrollo social, por lo cual las diferencias culturales, aportarán en el menor en su comportamiento y socialización.

La atmósfera familiar cuando se manifiesta desfavorable, genera conflictos, por lo cual sus padres emplean medios disciplinarios, para resolverlos,

Durante esta etapa aparece la corrección; la cual refleja aspectos sociales del autoconcepto del niño. En tanto los chicos comienzan a coordinar lo que quieren con lo que la sociedad exige, pueden anticipar con más rapidez como reaccionarán los demás ante lo que ellos hacen, o aceptar que las otras personas pensarán mejor de ellos si se comportan de modo diferente. Hay más probabilidad de que los niños sigan los deseos de sus padres cuando reconocen que estos son justos y consideran como fundamental el bienestar de la familia y que pueden saber más debido a su experiencia. También sirve de ayuda el hecho de que los padres traten de delegar decisiones en el creciente juicio de los niños y solo intervengan en asuntos importantes. (Papalia, 2004)

Al hablar de estructura familiar, se ha evidenciado que no todos los niños proceden de una familia completa, ya que actualmente encontramos familias con un solo padre, y familias de homosexuales o lesbianas. Además aun encontramos familias intactas, lo cual no garantiza que sean favorables para el menor.

Es evidente que si la familia se encuentra estructurada o no, no nos garantiza que el menor se encuentre en condiciones que le beneficien en su desarrollo, pero la mayoría de los menores que pertenecen a una familia tradicional, reacciona ante los acontecimientos de mejor manera como; divorcio o la muerte de uno de los padres, presiones económicas, psicológicas. Ya que dentro de este grupo los padres permanecen en contacto y apoyan al menor.

Cuando los padres se divorcian, La ruptura marital siempre acarrea dolor y frustración, lo cual puede generar en el menor temor, inseguridad, culpabilidad, generando en ellos conflictos sociales, académicos y de comportamiento (agresividad, hostilidad, desobediencia, depresión, ansiedad etc.)

A parte de que la causa de la desestructuración familiar se produzca por el divorcio, es importante citar que ocurre por muerte de uno de los padres, madres solteras, migración, lo cual el menor percibirá de acuerdo al entorno que lo sostenga, porque un menor que al quedar desprotegido no recibe afecto, cariño, comprensión, reacciona desfavorablemente al sentirse solo, influirá el comportamiento hacia los demás, sin permitir que el menor supere este proceso de aceptación.

CAPITULO II

2. La adolescencia

Adolescencia considerado periodo de transición de la niñez a la edad adulta, que empieza desde los 11 o 12 años hasta los 19 o 20 años aproximadamente, se evidencia físicamente una maduración rápida, en los cuales ocurren cambios hormonales y físicos, cognitivos y psicosociales.

La **OMS**, refiere que la juventud se extiende desde los 10 a los 24 años e incluye la pubertad, adolescencia inicial o pre adolescencia (de los 10 a los 14 años), la adolescencia media o tardía (de los 15 a los 19 y la juventud plena (de los 20 a los 24 años).

2.1. Características de la adolescencia

Además de los cambios anteriormente mencionados el adolescente puede encontrar riesgos buscando mayor independencia, durante este desarrollo y cuando no logra superar estos cambios pudiendo generar en ellos baja autoestima y dificultad con su intimidad, debido a los importantes cambios emocionales que en ellos ocurre.

Cabe mencionar que además de los cambios sexuales y corporales ocurren importantes cambios psicosociales en el adolescente, ya que existen cambios trascendentales, se la considera como de turbulencia emocional, durante esta etapa busca nuevas formas de expresarse, pudiendo generar conflictos o intolerancia con sus padres y adultos dentro de su entorno, esto se debe a los cambios repentinos y constantes en este periodo de la vida. Presentando dificultad para expresar sus sentimientos.

Reed Larson y Maryse Richards (1994)”refieren que los adolescentes reportaban mas emociones externas y mas sentimientos fugaces que sus padres, la irritabilidad es un aspecto normal de esta etapa se caracteriza por cambios, las fluctuaciones emocionales pueden estar relacionadas con la variabilidad de las hormonas durante este periodo.”

Esta etapa llena de permutaciones, su estudio es de vital importancia, para entender al adolescente, los cambios, su forma de pensar, su forma de relacionarse, etc.

Se considera que la adolescencia comienza con la pubertad, el proceso que conduce a la madurez sexual o fertilidad: la capacidad para reproducirse. Antes del siglo XX, los niños de las culturas occidentales entraban al mundo de los adultos cuando maduraban físicamente o cuando comenzaban el aprendizaje de una carrera vocacional. En la actualidad, la entrada a la edad adulta toma más tiempo y esta menos definida. La pubertad comienza más temprano de lo acostumbrado y la entrada a una vocación tiende a ocurrir más tarde, ya que las sociedades complejas requieren

de periodos más largos de educación o entrenamiento vocacional antes de que una persona joven pueda tomar las responsabilidades de un adulto. (Papalia, 2004)

Desde la perspectiva psicológica se considera que al llegar al adolescencia también se alcanza madurez cognoscitiva (capacidad del pensamiento abstracto) y madurez emocional, las cuales influirán cuando inicie el proceso de descubrir su identidad, y la formación de valores y al establecer relaciones.

La adolescencia es un tiempo de creciente divergencia entre la mayoría de la gente joven, que está encaminada hacia una edad adulta satisfactoria y productiva, y una pequeña minoría (casi uno de cada cinco) que enfrenta problemas mayores (Offer, 1987; Offer & Schonert-Reichl, 1992).

2.2. Desarrollo Físico

Este proceso que señala el fin de la niñez, va formando parte de la maduración debido a las modificaciones que ocurren en el cuerpo del adolescente, en la estatura, peso y la llegada sexual que continuaran en la edad adulta.

El incremento de las hormonas sexuales, hace que ocurran visibles cambios fisiológicos en el adolescente., por lo cual, citaremos los cambios fisiológicos femeninos y los cambios fisiológicos masculinos

Pero estos cambios no se dan de la noche a la mañana, si no, que se desarrollan paulatinamente, pero siempre es común ver que se presentan primero en las mujeres, entrando estas a una maduración sexual primero que los hombres.

Tanto los hombres como las mujeres en la adolescencia empiezan a secretar grandes cantidades de andrógenos, que posteriormente ayudaran al apareamiento del vello púbico, axilar y facial, además los dos desarrollaran o secretaran estrógenos y andrógenos en mayores cantidades respetivamente en mujeres y hombres que ayudaran a que ocurran cambios que a continuación los mencionaremos.

En las adolescentes los ovarios producirán estrógenos los cuales son los responsables del desarrollo de los senos y estimularan el crecimiento de los genitales femeninos, en cuanto a los hombres se refiere que existe en los testículos la producción de andrógenos, incrementando la masa muscular que estimularan el crecimiento de los genitales.

Una vez alcanzada la madurez en relación a los órganos sexuales, aparece en las mujeres la primera menstruación (**menarca**) y en los hombres la presencia de semen con la primera eyaculación (**espermarca**), además en ambos el incremento en la producción de las glándulas sudoríparas y sebáceas, lo cual indica que el adolescente esta alcanzado la madurez sexual.

2.2.1. Características sexuales primarias

El desarrollo de los órganos sexuales son de vital importancia para la futura reproducción del adolescente, el crecimiento y maduración de estos órganos son más notorios en el varón ya que este desarrollo es externo estos son los testículos, el pene, el escroto, la vesícula seminal y la glándula prostática, en tanto, que en las mujeres el desarrollo es más interno estos son los ovarios, las trompas de Falopio, el útero y la vagina. Los cuales maduraran y ayudaran en la fecundación y reproducción.

2.2.2. Características sexuales secundarias

Durante este desarrollo secundario involucra características del desarrollo externas como el crecimiento de los senos, el crecimiento del vello púbico, el ensanchamiento de las caderas que se da en las mujeres y el ensanchamiento de los hombros, el cambio en la voz más grave, el desarrollo de muscular, y el crecimiento del vello corporal en los hombres.

2.3. Imagen Corporal

Todos los cambios físicos que experimenta el adolescente son reglamentarios en todos ellos, pero en ocasiones no lo llegan asimilar de una forma adecuada y produce en ocasiones una imagen errónea e inadecuada de su propio cuerpo, pudiendo evidenciarse además del cambio físico, cambios psicológicos debido a su imagen corporal.

Las mujeres son las que se sienten más insatisfechas con los cambios que se producen en su cuerpo más que los varones; ya que en ellas se da el incremento de la grasa corporal y en ellos el incremento de la masa muscular, generando negativa a este nuevo cambio con su cuerpo.

Los sentimientos que genera su apariencia física en esta etapa los preocupa de sobremanera ya que muchos no se sienten seguros con su apariencia, porque los muchachos quieren ser altos, fuertes, atléticos, en relación a las mujeres que desean ser lindas, delgadas, además de la preocupación en el peso, complexión y rasgos faciales.

2.4. Desarrollo Cognoscitivo

2.4.1. El cerebro en la Adolescencia

Dentro de los procesos que empiezan en el adolescente, además de los físicos que ocurren durante este periodo es fundamental observar los cambios que se producen en el cerebro.

“Las estructuras del cerebro no solo ayudan a regular la conducta, sino también el metabolismo, la liberación de hormonas y otros aspectos de la fisiología corporal”. (Santrock, 2007)

En estudios anteriores se pensaba que los genes determinaban la forma del cerebro y que las células que procesan la información dejaban su división en la niñez su forma que la codificaba, pero ahora se conoce que el desarrollo de nuestro cerebro depende del contexto en el cual se desarrolló debido a la plasticidad de este.

En los adolescentes el cerebro reacciona a las emociones de manera diferente en la niñez y la, debido a que los adolescentes responden a las emocionales y motivaciones fuertes de forma visceral, sin controlarlas sin mayor racionalización a diferencia que la edad adulta. Estos cambios están estrechamente relacionados con el desarrollo del lóbulo frontal, debido a que intervienen las estructuras del sistema límbico, como el hipocampo y la amígdala.

Laurence Steinberg (2004) “destaca que las áreas del sistema límbico involucradas con la recompensa y el placer también podrían ser responsables de la dificultad que experimentan los adolescentes para controlar su conducta. El argumento plantea que los cambios que ocurren en el sistema límbico durante la pubertad, provocan que los adolescentes busquen cosas novedosas y que requieren niveles mas elevados de estimulación para experimentar placer (Price, 2005; Spear, 2000, 2004; White, 2005). Sin embargo, el desarrollo relativamente lento de la corteza prefrontal, la cual continua madurando hasta los inicios de la adultez, implica que los adolescentes pueden carecer de las habilidades cognitivas necesarias para controlar de manera eficaz su búsqueda del placer. Esta disyunción del desarrollo podría explicar la conducta arriesgada y otros problemas de la adolescencia. Steinberg (2004, p. 56) concluye que tal vez sea útil la estrategia de limitar las “oportunidades que tienen los adolescentes de hacer juicios inmaduros que conllevan a consecuencias dañinas.” (Santrock, 2007)

2.4.2. Etapas piagetianas de las operaciones formales (12 años a la edad adulta)

Durante esta etapa el adolescente logra mayor distinción que los niños, debido a que el adolescente resolverá una misma problemática de forma diferente; ya que los niños abordarían el problema al azar sin mayor planificación, en tanto que el adolescente que se encuentra dentro de la etapa de las operaciones formales abordara el conflicto o problema de manera sistemática o planificada, descartando posibilidades.

Sin embargo, Piaget señala que los individuos no aumentan su desempeño cognoscitivo a menos que esté presente una disposición cognoscitiva generada por la maduración y por una estimulación ambiental apropiada.

“Dentro de esta etapa se produce un nuevo tipo de pensamiento abstracto, formal y lógico. El pensamiento ya no está ligado a sucesos que los individuos observan en el entorno, sino que resuelve los problemas con técnicas lógicas”. **(Feldman, 2006)**

“Los adolescentes utilizan el razonamiento hipotético deductivo, es decir, crean hipotéticas o conjeturas, y de forma sistemática deducen o concluyen cual es el mejor camino para resolver el problema.” (Santrock, 2007)

Según **Piaget**, la causa de la madurez cognoscitiva son los factores neurológicos y del ambiente los cuales se combinan para dar origen a la madurez cognoscitiva. El cerebro del adolescente ha madurado y el entorno social más amplio le ofrece más oportunidades para la experimentación y el crecimiento cognoscitivo. La interacción entre las dos clases de cambios es esencial; inclusive si el desarrollo neurológico de los jóvenes ha avanzado tanto como para permitirles llegar a la etapa del razonamiento formal, nunca pueden alcanzar si no hay estímulo en su ambiente. Una manera para que esto suceda es a través de la interacción con sus compañeros. (Papalia, 2004)

2.5. Desarrollo Psicosocial

Así como el adolescente empieza a desarrollar su pensamiento y entendimiento, también van desarrollando habilidades críticas que pueden dificultar la relación con sus padres, maestros y adultos, buscando individualidad, pudiendo generar confusión, oposición y negativa sin saber que ideales debe adoptar.

2.5.1. Búsqueda de la identidad en el adolescente

Todo esto se relaciona con el entorno al cual está expuesto el adolescente, ya que buscan encajar en la sociedad, que en ocasiones agotan sus alternativas y limitan sus posibilidades, en la búsqueda de su identidad.

“La búsqueda de la identidad, definida como la confianza en la continuidad interior de uno mismo en medio del cambio, es la principal tarea durante los años adolescentes. En esta etapa, el desarrollo cognoscitivo les permite construir una “teoría del yo” (Elkind, 1998). Como destaca Erikson (1950), el esfuerzo del adolescente para dar sentido al yo no es “un malestar de la madurez”, sino parte de un proceso vital y saludable construido sobre los logros de las primeras etapas: confianza, autonomía, iniciativa e ingenio, el cual sienta las bases para enfrentar las crisis de la edad adulta.”

“La búsqueda de una identidad durante la adolescencia es auxiliada por una moratoria psicosocial, que es el término que utiliza **Erickson** para referirse a la brecha entre la seguridad de la niñez y la autonomía de la adultez.”

Dentro de un mundo social en el cual el adolescente busca una postura ideológica, alternativas vocacionales y su orientación sexual, requiere de tiempo en el cual se puede encontrar diversos aspectos que faciliten o trunquen la búsqueda de sí mismo. Como refiere **Kroger, 2003**. “El desarrollo de la identidad no sucede de forma ordenada ni de manera catastrófica”.

Además el adolescente en esta etapa se muestra más curioso, y empieza a indagar o a preguntarse “quién soy” o “a que parte del mundo pertenezco”, tomando conciencia de su cuerpo, produciendo en ellos modificaciones en el autoconcepto (**En los adolescentes ya que surge una amplia visión de si mismos, tomando en cuenta lo que piensen los demás de ellos**) y su autoestima (en los adolescencia la aceptación del grupo al cual pertenecen definirá su autoestima, al sentido aceptado lo harán sentirse valioso o en el caso de ser rechazado, su autoestima se verá fuertemente afectada).

2.5.2. Relaciones; familia y amigos

El adolescente mientras más independiente es y ya logra su autonomía, le interesa relacionarse con amigos y conocidos que no pertenecen a su entorno familiar, volviéndose un ser más social, haciendo que la relación con su familia llegue a ser estrecha, ya que perciben que los limitan y restringen a toda hora, volviéndose en ocasiones una relación tensionaste, en la cual ni padres ni hijos llegan a acuerdos, alejándose cada vez más.

En general los adolescentes durante esta etapa mantienen la relación con sus padres es variada o fluctuante, coincidiendo en algunas cosas y en otras no por las características en sus gustos y preferencias.

Es probable que no exista un periodo de la vida en el cual las relaciones con los compañeros sean tan importantes como lo son en la adolescencia (**Youniss y Haynie, 1992**).

2.6. Desarrollo Socioemocional

El adolescente se enfrenta a un sinnúmero de cambios, a los cuales tendrá que afrontar y superar, otro de estos es el sociemocional, “enfocándose en la naturaleza adaptativa de las experiencias emocionales (Carolyn Saarni, 1999), considera que para ser emocionalmente competente es necesario desarrollar habilidades”.

DESARROLLO DE HABILIDADES

HABILIDAD	EJEMPLO
Conciencia de los propios estados emocionales. Detectar las emociones de otros.	Ser capaz de diferenciar si uno se siente triste o ansioso. Entender si otra persona esta triste y no temerosa. Describir de manera apropiada una situación social en la propia cultura, cuando una persona se siente alterada.
Uso del vocabulario de los términos emocionales en forma social y culturalmente apropiadas.	
Sensibilidad empática y comprensiva de las experiencias emocionales de otros. Reconocer que los estados emocionales internos no necesariamente corresponden a las expresiones externas.	Ser sensible a las otras personas cuando se sienten alteradas. Reconocer que uno se puede sentir muy enojado y al mismo tiempo controlar la expresión emocional para que parezca mas neutral. Reducir el enojo al alejarse de una situación aversiva e involucrarse en una actividad que aleja la mente de la situación aversiva.
Afrontar de manera adaptativa las emociones negativas utilizando estrategias de autorregulación que reducen la intensidad o duración de dichos estados emocionales. Conciencia de que la expresión de las emociones tienen un papel preponderante a la naturaleza de las relaciones.	Saber que la expresión constante de enojo hacia un amigo puede dañar la amistad.
Conciencia de que la expresión de las emociones tiene un papel preponderante en la naturaleza de las relaciones. Pensar, en general, que uno se siente de la forma en que desea sentirse.	Un individuo desea sentir que puede y está afrontando de manera eficaz el estrés.
	Conforme los niños adquieren estas habilidades en diferentes contextos, tienen mayores probabilidades de manejar eficazmente sus emociones, de mostrarse resilientes frente a circunstancias estresantes, y de desarrollar relaciones positivas.

(Denham y colaboradores, 2003; Saarni y colaboradores, 2006)

El control emocional se fortalece y puede dar paso a establecer buenas relaciones con sus pares.

“En un estudio realizado en el contexto natural de las interacciones cotidianas de los niños con su pares, el autocontrol de las emociones incrementa las habilidades sociales.” (Fabes y colaboradores 1999)

Durante esta etapa la ambivalencia afectiva que presenta el adolescente, se puede manifestar sentimientos positivos y negativos de (amor, ira, odio, alegría, factores que caracterizan como se siente; incapaz, inseguro de lo que quiere y puede. Además se genera rechazo o acercamiento hacia los padres.

Ya que los sentimientos de los adolescentes son muy variables, se puede evidenciar ciertos conflictos a nivel familiar y social, pudiendo generar en ellos relaciones profundas de amistad con su grupo, el cual comparte sus mismos intereses.

2.7. Sexualidad

En esta etapa en la cual ya se va instaurando un pensamiento abstracto y mas lógico, van surgiendo inquietudes en los adolescentes, los cuales cada vez más les interesa el conocer y empiezan a indagar sobre relaciones sexuales, amor, el noviazgo, masturbación, embarazo.

El adolescente al aceptarse como un ser sexuado, que va formando su identidad sexual va experimentando condiciones anatómicas, condiciones fisiológicas , condiciones psicológico-emocionales que generan en ellos la necesidad de establecer vínculos románticos y sexuales posteriormente.

"No todos los niños pasan de la infancia a la adolescencia sin experimentar algunos tropiezos en su camino. Mientras que cada niño es único y especial, algunas veces ellos se enfrentan a emociones, sentimientos y comportamientos que causan problemas en sus vidas y en las vidas de aquellos que los rodean. Las familias a menudo se preocupan cuando su niño o adolescente tiene dificultad enfrentándose a las situaciones, se siente triste, no puede dormir, se envuelve en drogas o no se puede llevar bien con la familia o amigos". (**Academia Americana de Psiquiatría de Niños y Adolescentes**)

Al inicio de la adolescencia se originan cambios relacionados a la sexualidad, el crecimiento del cuerpo, ya que se activan las hormonas sexuales, que determinaran los cambios físicos y psicológicos, haciendo que el adolescente se sienta torpe y sienta dificultad para controlar su cuerpo. Este periodo se caracteriza por la aparición de los siguientes aspectos:

- Establecimiento claro en la diferenciación de género.
- Crea una identificación con ídolos musicales o televisivos.
- Aparecen los amores platónicos o fugaces.
- El inicio de la conquista
- Proceso de enamoramiento de la pareja (amor romántico).
- Comprensión o confusión de relación en pareja.

- Inicia la atracción sexual. curiosidad por genitalidad. exploración.
- Consideraciones sobre relaciones sexuales
- Primeras decepciones, aparece el desamor.

Riesgos sexuales son evidentes durante la adolescencia, ya que se produce el despertar de la sexualidad, ya que al desconocer cuales son los peligros al momento de las relaciones sexuales pueden tomar decisiones no acertadas y así correr el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual (ETS), ya sea por desconocimiento o por no emplear métodos que los protejan.

Pero al hablar de niños o adolescentes que son portadores de VIH, es fundamental que conozcan estos riesgos para prevenir futuros contagios a sus parejas sexuales o un embarazo no deseado.

“Varios factores, incluida la entrada precoz en la pubertad, la pobreza, el desempeño deficiente en la escuela, la carencia de objetivos académicos y de carrera, una historia de abuso sexual u olvido de los padres y patrones familiares culturales de experiencia sexual precoz influyen en la probabilidad de una actividad sexual temprana” (**AAP Committee on Adolescence, 1999; Kroger, 1993**) (Feldman, 2007).

CAPITULO III

3. Salud y enfermedad en el niño y adolescente

La salud es un estado de bienestar bio-psico-social activo, en donde están presentes elementos físicos, familiares, socioculturales y asistenciales.

Un niño es menos perceptivo de su estado de salud que un adolescente esto se debe a su desarrollo cognitivo conjuntamente con los elementos familiares, sociales, la autorregulación: el cual les permite identificar el estado de bienestar o de enfermedad.

“La salud desde esa perspectiva evolutiva supone un proceso adaptativo del desarrollo que pretende lograr un ajuste adecuado frente a los posibles agentes desestabilizadores.” (Rodríguez, 1995) la Psicología Cognitiva nos calara el proceso que ocurre en los niños y adolescentes referentes a la salud-enfermedad, “ Lazarus define los episodios de afrontamiento como “aquellas situaciones vitales que promueven aptitud o competencia” entendiéndose esta como aquel patrón de afrontamiento positivos que acumulativamente, promueve y reduce el riesgo a la enfermedad” (Karoly, 1982)

Pero hay que tomar en cuenta otros factores para que el menor afronte la enfermedad como son: sus condiciones biológicas, las características psicológicas, las motivaciones, los hábitos adquiridos, las condiciones sociales y familiares favorables o desfavorables y el contexto cultural.

3.1.El enfermar y la conducta de enfermar

El menor se encuentra en situación de riesgo al enfrentar una enfermedad y mucho más si esta es crónica, por eso es importante conocer la causalidad donde intervienen factores que pueden generar diversas conductas en el enfermo.

FACTORES EN LA CONDUCTA EN EL ENFERMO

PREDISPONENTES	Vulnerabilidad biológica
	Características de personalidad
	Primeras experiencias
	Respuesta a estrés
	Influencia socioculturales
PRECIPITANTES	Acontecimientos estresantes
	Estímulos que provocan respuesta emocional displacentera
PERPETUADORES	Estresores permanentes
	Elementos temperamentales ligados a la ansiedad
	Reforzadores influencias familiares
PROTECTORES	Atributos temperamentales de adaptabilidad
	Adecuadas relaciones intrafamiliares
	Red de hermanos
	Soporte comunitario positivo

Lask y Fosson (1989) (Rodríguez, 1995)

3.2. Factores Psicosociales en la enfermedad

Las afectaciones físicas (tratamiento, adaptación y consecuencias) que sufre un menor enfermo en solo uno de los factores que dificultan su bienestar ya que hay que tomar en cuenta los problemas sociales y emocionales a los que se enfrenta, debido a que no todos los niños y adolescentes están dentro de sistemas que les brinden seguridad y tranquilidad.

3.2.1. Enfermedad crónica y adaptación psicosocial

Dentro de esta adaptación están involucrados los menores que sufren la enfermedad crónica y sus padres y sus parientes.

La forma que experimentara el enfermo el problema que lo aqueja variara, de acuerdo a su edad, ya que niños más pequeños presentan dificultad a nivel escolar (rendimiento académico) por las constantes inasistencias a esta para realizarse controles, tratamientos médicos y en ocasiones largas hospitalizaciones, por otro los niños mayores enfrenta dificultad en la adaptación e integración social. Esta conducta variara de acuerdo al tipo de enfermedad y si esta le produce alguna clase de minusvalía o discapacidad.

Como ya hemos mencionado para que exista una adecuada adaptación del niño con la enfermedad, es fundamental la presencia de la familia y factores psicosociales positivos.

3.2.2. Factores de la enfermedad

Los factores que se deben tomar en cuenta en la enfermedad es saber si esta es aguda, crónica o terminal, si es agresiva, el tiempo de duración, el tratamiento y el pronóstico. Además si generara en el menor incapacidad o limitaciones en su movilidad, alimentación y en la comunicación.

3.2.3. Factores familiares

Los hermanos de los pacientes a menudo experimentan culpabilidad o celos por el estado de su hermano o hermana, además en ocasiones los hermanos tienden a asumir responsabilidades del hogar, debido a que la madre adopta una rutina con su hijo enfermo y se ausenta del hogar, es así que el sistema familiar se altera, volviéndolo tensionante y diferente.

3.3. Enfermedades catastróficas (VIH/SIDA)

“De acuerdo a LEY ORGÁNICA REFORMATORIA A LA LEY ORGÁNICA DE SALUD, LEY 67, PARA INCLUIR EL TRATAMIENTO DE LAS ENFERMEDADES RARAS O HUÉRFANAS Y CATASTRÓFICAS, publicada en el Registro Oficial No. 625 del Martes 24 de enero del 2012, las enfermedades raras, huérfanas o catastróficas son aquellas que:” ((CEPVVS), diciembre 2011))

- a) Impliquen un riesgo alto para la vida de las personas
- b) Sea una enfermedad crónica y que por tanto su atención no sea emergente
- c) Su tratamiento pueda ser programado o que el valor promedio del tratamiento mensual sea mayor al determinado en el Acuerdo Ministerial de la Autoridad Sanitaria.

Como podemos evidenciar el VIH/SIDA, cumple la sintomatología para ser considerado dentro de las enfermedades catastróficas, raras o huérfanas, debido a que se ve afectado el sistema inmunológico.

El encaminar el trabajo es fundamental, ya que si se trabaja y existe predisposición lograremos que las personas que se ven afectadas por este tipo de enfermedades puedan adquirir los medicamentos y un tratamiento médico adecuado de acuerdo a sus necesidades.

“Por su parte el Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social a través del Programa de Protección Social, implementaron a partir del año 2008 la Red de Protección Solidaria como un mecanismo para atender enfermedades consideradas como catastróficas que en ese momento no estaban siendo atendidas por el Ministerio de Salud Pública”. ((CEPVVS), diciembre 2011)).

Gracias a las políticas públicas que se ha ido implementando , se ha logrado que los pacientes sean incluidos dentro del sistema de salud en hospitales públicos de especialidades que ha designado el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dando prioridad para el tratamiento médico y psicológico a todos los pacientes sin distinción alguna.

A pesar de todas las características antes mencionas es lamentable que el VIH/SIDA no esté dentro de este acuerdo de la Red de Protección Solidaria de las enfermedades catastróficas los PVVS, pero mientras sean incluidas dentro de la RPS, el Programa Nacional de VIH-sida e ITS del Ministerio de Salud Pública del Ecuador acogerá a todos PVVS.

Dentro de este trabajo investigativo he visto necesario el mencionar lo que ocurre cuando el menor este frente enfermedades que no ofrecen una cura definitiva, ante a este aspecto los menores se enfrentan a condiciones desfavorables y consecuencias importantes.

Cuando se presentan enfermedades crónicas en los niños y adolescentes, se debe tomar en cuenta los factores que están a su alrededor: como el tipo de enfermedad , el tratamiento, los aspectos socioculturales y el soporte familiar, que serán factores determinantes que ayudaran o no a que el menor pueda asimilar y afrontan la enfermedad.

Pero cuando la enfermedad crónica que presenta el menor es el VIH/SIDA, no solo lo afecta en la parte física, ya que el menor debe asistir de manera recurrente al hospital, enfrentándose a enfermedades oportunistas, o mala adherencia a los medicamentos (retrovirales) por la cantidad y horarios que debe recordar, pero además la afectación psicológica, ya que esta enfermedad produce sentimientos de angustia, miedo, culpa, vergüenza, depresión, cólera, cambios en el estado de

ánimo, baja autoestima, problemas de conducta, ya que el que la padece se enfrenta a la discriminación, estigmatización, y el abandono de la familia generando en ellos el ocultamiento del diagnóstico, ya que se ve involucrado de manera directa aspectos biopsicosociales.

Esta carga emocional que llevan los portadores y sus familiares se debe a que socialmente no son aceptados, por eso no divulgan el diagnóstico en sus ambientes laborales y en el caso de los niños en el ambiente escolar para evitar así el rechazo.

Otro de los problemas que podemos citar es que no existe un tratamiento que lo cure, si no tratamientos que hacen que lleve una mejor calidad de vida, siempre y cuando se adhieran de manera correcta al tratamiento.

Todos los aspectos anteriormente mencionados generan en los niños y familiares desesperanza e incertidumbre de un futuro mejor, provocando un impacto en sus vidas.

3.3.1. Estereotipos

Un estereotipo según la Real Academia de la Lengua en el 2011, es una “Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable. ((CEPVVS), diciembre 2011)).

Dentro de los pacientes y sus familiares, crece la incertidumbre o temor de revelar o no su diagnóstico a familiares o personas cercanas, ya que temen que no los van a entender y serán discriminados en todas las áreas en la cual se desenvuelven.

Según, Rebecca Cook (México), especialista en Derechos Humanos Internacionales y cuestiones de Género:

“Entre los diversos tipos de estereotipos que existen en la sociedad, figuran los estereotipos prescriptivos que requieren que los miembros de dicha sociedad actúen de ciertas maneras.” (Cook, R).

3.3.2. Estigmas

Según ONUSIDA (2005), el estigma es “un proceso dinámico de devaluación que *desacredita significativamente* a un individuo ante los ojos de los demás”. ((CEPVVS) D. d., 2011)

El ser humano reacciona negativamente ante lo que desconoce y generalmente aísla a las personas que consideran diferentes o raras, y mucho más cuando esta persona está infectada por el

VIH/SIDA, ya sea por temor al ser contagiado o por el desconocimiento en las formas de transmisión.

“El estigma se expresa en el lenguaje. Desde el principio de la epidemia, las poderosas metáforas que asocian el VIH con muerte, culpa y castigo, delincuencia, horror y *los otros* han tendido a legitimar y agravar la estigmatización. Este tipo de lenguaje entronca y coadyuva con otro aspecto que secunda la culpación y el distanciamiento: el miedo de las personas a las enfermedades mortales. El estigma basado en el miedo puede atribuirse en parte al temor por las consecuencias de la infección por el VIH: en particular, las altas tasas de mortalidad (sobre todo cuando no se puede acceder de forma general a tratamiento), el miedo relacionado con la transmisión o el miedo derivado de corroborar la clara debilitación que acompaña a las etapas avanzadas del SIDA.” (ONUSIDA; 2005). ((CEPVVS) D. d., 2011)

Dentro de la sociedad ha persistido la idea de que solo personas que tuviesen conductas inaceptables son los que presentan el diagnóstico de VIH/SIDA, por lo cual tiende a señalar diversos factores del como ocurrió este contagio.

Pero cabe destacar que el virus no se trasmite por un abrazo, una caricia, por dar la mano, al toser, estornudar, o compartir el mismo espacio (lugar de trabajo o el aula de clase), se ha demostrado que el virus solo se trasmite al tener contacto con los fluidos por medio de relaciones sexuales, transfusión de sangre, utilización de jeringas y la transmisión vertical de la madre al hijo.

Por lo cual es indispensable el informar a la población las características del contagio, para que las personas que son portadoras del virus, no sean discriminadas, rechazadas y estigmatizadas, pudiendo con esto lograr igual en el trato sin temor al revelar su diagnóstico.

CAPITULO IV

4. Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

“El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. OMS

4.1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

“El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH. OMS

4.2. Diferenciación entre VIH/SIDA.

Al hablar de VIH y SIDA, es importante saber cuál es la diferencia, debido a que la mayoría de niños y adolescentes presentan el diagnóstico de VIH.

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es el agente causal del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Al no recibir o por la falta a la adhesión de un tratamiento adecuado, el virus del VIH deteriora progresivamente el sistema inmunológico y consigue acabar con la capacidad de defensa del organismo frente a las enfermedades alcanzando la fase extrema denominada sida.

4.3. Etapas de la evolución de la enfermedad.

4.3.1. Infección primaria Síndrome retroviral agudo.

Esta etapa es la inicial, en la cual existe la presencia de sintomatología después de haber ingresado al organismo el virus del VIH, pero es mínima y en ocasiones pasa desapercibida y confundirla con enfermedades menores como una gripe.

“Cuando aparece este síndrome retroviral, dura unas dos a tres semanas y la persona se recupera espontáneamente, produciéndose en ese tiempo la seroconversión es decir la aparición de anticuerpos frente al VIH, cuya detección a través de pruebas de tamizaje y confirmatorias sirve para realizar el diagnóstico de la infección.” (KIMIRINA; 2008)

4.3.2. Periodo de ventana inmunológica.

“Es el tiempo desde que la persona adquiere el VIH, hasta que los anticuerpos al VIH pueden detectarse en un examen de sangre. En este periodo no se encuentra anticuerpos contra el VIH en sangre y una persona que fue infectada puede tener un examen negativo”. (KIMIRINA; 2008)

Este periodo dura de 15 días a 6 meses, por lo cual es preciso realizarse la prueba a los 3 meses del posible contagio.

“Actualmente en el Ecuador, el Instituto Nacional de Higiene Leopoldo Izquieta Pérez utiliza pruebas Elisa de cuarta generación que permite detectar la proteína P24 a partir de los 8 días.” (KIMIRIN; 2008)

4.4. Latencia clínica.

4.4.1. Infección crónica asintomática.

Esta fase dura 8 años, durante este periodo el sistema inmunológico sufre un deterioro progresivo, existiendo una reducción importante de los linfocitos CD4 lo que genera que aparezcan enfermedades oportunistas más graves, logrando así alcanzar la fase denominada SIDA.

4.5. Fase sintomática

4.5.1. Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida

“Esta fase se caracteriza por un recuento de linfocitos CD4 por debajo de 200/mm³, aumento en la tasa de replicación viral, descenso de la actividad de los linfocitos T citotóxicos lo que conduce a un daño del sistema inmune, que permite el apareamiento progresivo de enfermedades oportunistas como son: (tuberculosis, toxoplasmosis, criptococosis, candidiasis, esofagia, etc), determinados tumores, caquexia y complicaciones neurológicas cuyo apareamiento definen esta fase.” (KIMIRINA; 2008)

4.6. Vías de transmisión

Existen 3 vías de transmisión por la cual se puede contagiar con el virus.

4.6.1. Vía sexual

El contagio ocurre durante las relaciones sexuales ya sea por vía vaginal, anal u oral, sin protección.

Debido a esta forma de transmisión la mujer es la que corre más riesgo de contraerla, debido a que el semen permanece más tiempo luego de una relación sexual en el conducto vaginal.

Pero no hay que dejar a un lado a los hombres que pueden adquirir el virus ya que este contagio se da por la transmisión de fluidos corporales.

4.6.2. Vía sanguínea

Por medio de esta vía de contagio se puede citar: transmisiones de sangre o hemoderivados infectados o al compartir agujas o jeringuillas este último muy común en personas adictas.

4.6.3. Vía materno infantil

Este contagio puede ocurrir durante el embarazo pudiendo ser el último trimestre el de alto riesgo, el parto o en el momento de la lactancia materna.

Esta forma de transmisión es una de las más frecuentes en los niños, niñas, debido a que la mayoría de las madres portadoras del virus desconocen padecerla, debido a este desconocimiento las madres no toman las precauciones adecuadas y no siguen el tratamiento con antirretrovirales, no realizarse una cesarí a tiempo, o alimentar a su hijo mediante el pecho, pudiendo con esto transmitir el virus a su hijo.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador para evitar la transmisión vertical otorga a todo expuesto perinatal leche maternizada hasta los 18 meses de edad en que se confirma el estado de serorrevertor.

4.7. Diagnóstico de infección VIH en el niño y adolescente

Los primeros estudios que se realizan para conocer el diagnóstico definitivo en el niño o niña es las técnicas de tamizaje serológico, prueba de Elisa, para detectar la presencia de antígenos y anticuerpos, el procedimiento a realizarse es el mismo que se aplica a los adultos. Otras de las pruebas confirmatorias del virus son las de Westwrn Blot y PCR Cuantitativo, esta última utilizada solamente en niños y niñas. Además al momento del diagnóstico el menor y sus familiares deben obtener apoyo dentro del sistema de Salud.

CAPITULO V

5. Ansiedad

“Estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta (distraibilidad, pérdida de concentración, insomnio).” (Enciclopedia Psicología, Oceano)

5.1 Ansiedad en la infancia

La ansiedad definida por algunos autores como una respuesta normal y adaptativa ante estímulos reales o imaginarios que está presente en todas las etapas de la vida, la cual puede manifestarse ante una situación de riesgo de forma leve y de acuerdo a las características de lo que la provoca, incrementara la sintomatología o desaparecerá.

La ansiedad cuando se manifiesta en la niñez alcanza grandes consecuencias o repercusiones sociales y emocionales, ya que no damos importancia al padecimiento y lo que le produce esta patología. Además, “La ansiedad se acompaña de sobresalto, excitación, aceleración, con inquietud y temor a que ocurra algo mayor “repercusión respiratoria”. (Rodriguez, 1995)

La ansiedad tiende a expresarse ante estímulos, situaciones tensionantes y estresantes, provocando en el niño o adolescente sentimientos de incomodidad que influye en el aumento de conductas inadecuadas.

Mientras el menor continuo con su proceso evolutivo, su ansiedad va tomando similitud al del adulto, sobretudo en la adolescencia, en la cual la sintomatología ansiosa se evidencia con mayor notoriedad.

Durante este capítulo he visto necesario realizar la diferenciación entre ansiedad normal y ansiedad patológica.

5.1.1. Ansiedad Normal

“Ansiedad normal sería un estado emocional de tensión que puede tener su origen en un estímulo “positivo” o “negativo”, que al ser superado aporta al niño una mayor seguridad en si mismo y le

enseña a adaptarse al medio en el que desarrolla su existencia como persona y que aunque las reacciones sean aparatosas no habrá repercusiones para el futuro de su organización y maduración emocional”. (Rodríguez, 1995).

5.1.2. Ansiedad Patológica

“Ansiedad patológica sería un estado emocional con desproporción entre la respuesta emotiva y una situación extrema dada, en el que el niño o el adolescente sienten una mezcla de desazón, inquietud, disgusto, temor difuso, intensa sensación de peligro o sentimiento de inseguridad no imputable siempre a circunstancias reales, vivenciado de una forma psíquica intensa, acompañado de sensaciones físicas de opresión, malestar, dolor, inestabilidad y somatizaciones”. (Rodríguez, 1995)

Se ha realizado la diferenciación, pero no hay que olvidar que la ansiedad sea esta normal o patológica, causa en el niño o adolescente sentimientos de soledad, desenraizamiento, de pérdida, de abandono y de indefensión, lo que le diferencia es la intensidad en la cual se manifiesta y no hay que olvidar los factores causales que lo generan.

Pero para que la ansiedad progrese y sea patológica influirá el apoyo que el menor reciba de su entorno familiar, social, educativo, el tipo de vivencia y de la situación que el menor este atravesando.

5.2. Etiología de los trastornos de ansiedad

La etiología en los cuadros ansiosos nos explicara sobre el origen y el mantenimiento de este trastorno.

El origen de este cuadro clínico está estrechamente relacionado con situaciones estresantes (hospitalizaciones infantiles, rupturas familiares, cambios de domicilio o ciudad), que sean de forma drástica durante la etapa de transición de la infancia, el temperamento. Además para que se desarrolló este cuadro ansioso influirá la vulnerabilidad que le ofrezcan: la dinámica familiar, el estilo educativo de los padres, la sobreprotección, o padres ansiosos. Existe una diferenciación entre los niños inhibidos y los no inhibidos, ya que los niños más inhibidos presentan una actividad psicofisiologica más baja cuando se ven expuestos a estímulos que desconocen o sorpresivos produciéndoles taquicardia y temblor.

A más de lo anteriormente mencionado se añade las preocupaciones excesivas faltas de realismo e incontrolables, la atención excesiva que presta el niño o adolescente a sus propias reacciones y sus

propios pensamientos, van constituyendo el sesgo cognitivo de estos trastornos, y pueden aportar a que se desarrolló y se mantenga la ansiedad.

“Desde una perspectiva cognitiva, los niños ansiosos tienden a responsabilizarse excesivamente de los fracasos, sin tomar en consideración los componentes de la situación, experimentan dificultades para generar alternativas de actuación y discriminar las que son efectivas de las que no lo son y , por último, salen ser lentos en la toma de decisiones. Por ello, no es infrecuente la adopción de la evitación como estrategia de afrontamiento”. (Echeburua, 2002)

5.3. Factores que intervienen en la ansiedad

Es fundamental el conocer cuáles son los factores que influyen en los niños y adolescentes, cual es el factor causal que genera la ansiedad.

5.3.1. Factor Cognitivo

Es importante conocer cómo influye el desarrollo cognoscitivo en la ansiedad, ya que los dos están interrelacionados.

De acuerdo al desarrollo cognoscitivo del menor se manifestara la ansiedad e ira modelando el tipo de percepción emocional y de ansiedad, el cual será cambiante y adaptable.

“Está probado empírica y experimentalmente la influencia de la ansiedad sobre el pensamiento, la inteligencia y la memoria”. (Rodriguez, 1995)

5.3.2. Factor cerebral

Los factores orgánicos como los cerebrales, bioquímicos y fisiológicos actuaran de manera determinante en la expresión de la ansiedad en el menor y adolescente, estudios refieren que el sistema límbico es regulador de la ansiedad de expectación y anticipatoria, además de los ataques de pánico y las conductas fóbicas por el cortex frontal.

5.3.3. Factor familiar

Dentro de este factor es determinante conocer cómo se expresa la ansiedad en el menor y adolescente cuando se trata del ámbito familiar, hay que tomar en cuenta la vulnerabilidad que le ofrece la dinámica familiar, y así entender el porqué de la predisposición a generar este cuadro clínico, ya que existe una correlación entre la psicopatología familiar y el tipo de trastorno ansioso pudiendo influenciar elementos psicogenéticos aprendidos en las primeras edades.

La sobreprotección, el permanecer en un ambiente desfavorables, la poca tolerancia en el medio educativos, el temperamento y el sexo puede ser que predisponga al menor a presentar ansiedad sea esta normal o patológica, de acuerdo a las características que esté presente. Sin embargo no hay que olvidar que el factor genético-heredado es el que puede predisponer a que esto ocurra.

5.4. Clasificación de los trastornos de ansiedad en la infancia

“Según el DSM-II-R (American Psychiatric Association, 1987), y si bien puede haber una cierta continuidad entre los trastornos de la vida adulta y los de la niñez hay tres trastornos de ansiedad característicos de la infancia y de la adolescencia: la ansiedad de separación, el trastorno de evitación y la ansiedad excesiva.” (Echeburua, 2002)

5.4.1. Ansiedad de separación

5.4.1.1. Características Clínicas

Lo que diferencia a la ansiedad de separación de otro tipo de proceso ansioso, es que está genera en el menor una ansiedad desproporcionada, cuando se separa de sus seres queridos en particular de la madre sea este un alejamiento real o ficticio, alejamiento del hogar, o de sus seres queridos, existe la presencia de miedos irracionales al estar solos.

Además se manifiesta antes de los 18 años de edad, presentando dificultades considerables en el ámbito social, académico. Conjuntamente deberá presentar los siguientes escenarios:

preocupación excesiva persistente por la posibilidad de que ocurra un evento adverso que genere daño en un familiar, pesadillas repetidas con temática de separación, quejas continuas de dolores físicos que aparece exclusivamente cuando va ocurrir la separación del hogar o de las personas

Cabe mencionar que este trastorno puede aparecer a cualquier edad durante la infancia y de manera súbita, además este cuadro clínico puede desaparecer a medida que el menor vaya creciendo, pero si no lo hace puede generar más adelante agorafobia, trastornos de pánico o generar depresión en la adultez.

Criterios de los trastornos de ansiedad de separación

CRITERIOS DEL TRASTORNOS DE ANSIEDAD DE SEPARACIÓN EN LA INFANCIA F93.0

Presencia de al menos tres de los siguientes síntomas:

Preocupaciones injustificadas a posibles daños que pudieren acaecer a personas significativas o temor a que alguna de estas le abandone o fallezca.

Preocupación injustificada a que un acontecimiento fatal le separe de una persona significativa, como perderse, ser secuestrado, hospitalizado o asesinado..

Desagrado o rechazo persistentes a ir al colegio por el temor a la separación, predominando más que por otros motivos como miedo a algo que pudiera ocurrir en el colegio.

Dificultad para separarse por la noche, manifestado por lo siguiente.

Desagrado o rechazo persistente a irse a la cama sin la cercanía de una persona significativa.

Levantarse frecuentemente en la noche para comprobar o para dormir cerca de alguna persona significativa.

Desagrado o rechazo persistentes a dormir fuera de casa.

Temor inadecuado y persistente a estar solo sin la persona significativa en casa durante el día.

Pesadillas reiteradas sobre temas relaciones con la separación.

Síntomas somáticos reiterados, tales como nauseas, gastralgias, cefaleas o vómitos, en situaciones que implican separación de una persona significativa tal como salir de casa para ir al colegio.

Malestar excesivo y recurrente, manifestado por ansiedad llanto, rabietas, tristeza, apatía o retraimiento social, en anticipación a una separación de una persona significativa o durante o inmediatamente después de ella.

Ausencia de trastorno por ansiedad generalizada en la infancia (F93.80)

Aparición antes de los 6 años.

Ausencia de alteraciones generalizadas del desarrollo de la personalidad o del comportamiento, trastornos psicóticos o trastornos por uso de sustancias

psicoactivas.

Duración de al menos cuatro semanas.

FUENTE CIE-10

5.4.2. Trastorno de evitación

5.4.2.1. Características Clínicas

Este trastorno que se presenta en la infancia y adolescencia se caracteriza por la excesiva evitación del contacto con otras personas que desconoce, interfiriendo con la relaciones sociales, generando en ellos inseguridad, timidez, poca confianza en si mismos y poca asertividad, aislándolo y en ocasiones producir un cuadro depresivo. A su vez intensifican las relaciones con las personas de su núcleo familiar y amigos, tiene una duración aproximada de 6 meses, caracterizado por presentarse frecuentemente a los 12 o 13 años pero puede ser diagnosticado a partir de los 2 años y medio, en consecuencia genera dificultad para la adquisición de habilidades sociales necesarias para la adaptación.

5.4.3. Ansiedad excesiva

5.4.3.1. Características Clínicas

La ansiedad excesiva se manifiesta de manera persistente y es generalizada en varias situaciones, la tensión, el perfeccionismo, están siempre presente en este trastorno, la edad más frecuente de aparición de esta patología es a los 12 o 13 años, en ambos sexos.

Por lo general, la ansiedad se presentan en situaciones o ambientes muy variados: en el ámbito escolar (rendimiento académico), las relaciones sociales, etc.

Además la agitación psicomotriz es muy frecuente como los tics, dificultad al conciliar el sueño, afectaciones gastrointestinales.

Todo este comportamiento que se refleja en los niños y adolescentes cuando presentan un cuadro de ansiedad excesiva, afectara significativamente en las relaciones sociales, ya que se muestran retraídos, inseguros e inhibidos. Otro síntoma que los caracteriza es que necesitan la aprobación constante de los demás porque son dudosos, detallistas, perfeccionistas.

5.5. Depresión

5.5.1. Definición

“Trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social.” (Enciclopedia Psicología, Oceano).

El trastorno depresivo se asocia a un mayor riesgo de ideación y comportamientos suicidas, que lo puede generar el consumo de sustancias, la desintegración familiar y el sufrimiento de enfermedades catastróficas.

5.5.2. Depresión en la niñez y la Adolescencia

La depresión en los niños muestra similitud con la del adulto, ya que en ambos se presenta ánimo deprimido, pérdida de interés, pero a su vez lo que lo diferencia es la forma de manifestarse y la incapacidad que presenta el menor en manifestar estos síntomas como si lo hiciera un adulto, haciendo que su diagnóstico sea difícil de identificar. En los niños más pequeños no evidenciamos notoriamente tristeza o humor bajo si no que su sintomatología se expresara como quejas vagas o difusas, problema en la alimentación e inclusive cuadros de enuresis, etc. En cambio que en el adolescentes puede manifestarse irritabilidad, negativismo, desafiante y en ocasiones aparece conductas suicidas y el consumo de sustancias

La sintomatología depresiva tiene sus inicios en la adolescencia y se manifiesta en la edad adulta, a pesar de que existen pocos casos en la niñez, pero en ambos casos, esta sintomatología se manifiesta como un conjunto de síntomas que se refleja en el comportamiento, rendimiento académico y la fluctuación en el estado habitual del menor, influyendo negativamente en su socialización.

5.6. Etiología de la depresión en la infancia

Los trastornos o episodios depresivos presentan diversas causas que la originan, como son: acontecimientos estresantes, la muerte de un ser querido o de su mascota, enfermedades en sus familiares o en sí mismo, inestabilidad en la convivencia familiar, rendimiento y relaciones escolares, desestructuración o ruptura familiar, privación afectiva, abuso sexual, hostilidad física, e incluso el factor genético-hereditario (desequilibrio en los neurotransmisores que estimulan el

cerebro, los bajos o altos niveles de noradrenalina y serotonina. Además se las puede clasificar como primarias y secundarias:

5.6.1. Etiología Primaria

- a. Bioquímicas cerebrales
- b. Neuroendocrinas
- c. Neurofisiológicas
- d. Genéticos
- e. Factores Psicológicos

5.6.2. Etiología Secundaria

- a. Drogas
- b. Enfermedades orgánicas
- c. Enfermedades infecciosas
- d. Enfermedades psiquiátricas

A lo largo de la vida, sobre todo en las edades más tempranas, encontramos a los niños y adolescentes más vulnerables a padecer un proceso depresivo, ya que en su desarrollo están expuestos a diversos factores estresantes y acontecimientos vitales, generando en los menores trastornos afectivos infantiles y en ocasiones acompañado de un cuadro ansioso, creando en el menor temor e indefensión.

Un niño o adolescente con un trastorno depresivo puede presentar tres tipos de síntomas:

- 6. Afectivos
- 7. Físicos
- 8. Cognitivos

SINTOMAS CARACTERISTICOS DEL TRASTORNO DEPRESIVO EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Síntomas afectivos	<p>Humor triste, deprimido o irritable</p> <p>Incapacidad para experimentar placer</p> <p>Perdida de interés</p> <p>Labilidad e incontinencia emocional</p> <p>Aplanamiento afectivo</p> <p>Irritabilidad, disforia</p> <p>Insatisfacción, pesimismo generalizado</p> <p>Aislamiento social</p> <p>Síntomas de ansiedad y angustia</p>
Síntomas físicos	<p>Retraso psicomotriz (enlentecimiento, letargia, mutismo)</p> <p>Inquietud psicomotriz</p> <p>Disminución de la energía</p> <p>Astenia</p> <p>Alteración del apetito</p> <p>Alteración del sueño</p> <p>Disminución de la libido</p> <p>Molestias físicas inespecíficas</p> <p>Activación autonómica</p>
Síntomas cognitivos	<p>Disminución de la capacidad de concentración</p> <p>Fallos de memoria</p> <p>Indecisión</p> <p>Distorsiones cognoscitivas negativas (soledad, vacío, incompreensión o culpa)</p> <p>Baja autoestima, ideas de inutilidad</p> <p>Rumiación del pensamiento persistente negativa</p> <p>Ideas de muerte y de suicidio</p> <p>Ideas delirantes (congruentes con el humor)</p>
FUENTE	MANUAL DE PSIQUIATRIA DEL NIÑO Y ADOLESCENTE

5.7. Trastorno depresivo mayor

5.7.1. Características clínicas

La sintomatología dentro de este cuadro clínico suele ser muy parecido entre los niños y adolescentes, con variaciones en la edad en la cual se manifiesta, además en los niños se evidencia quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social; en relación a los adolescentes que presentan enlentecimiento psicomotor, hipersomnia e ideas delirantes y en ocasiones puede ir acompañado de otro trastorno de ansiedad, disocial, alimenticios o déficit atencional. Deberá esta sintomatología estar presente la mayor parte del día, y como mínimo de 2 semanas.

5.7.2. Trastorno distímico

5.7.3. Características clínicas

Dentro de este trastorno se encuentran ciertas diferencias en cuanto al tiempo de duración del ánimo deprimido, el DSM-IV refiere que la sintomatología deberá estar presente por lo menos dos años sin variaciones, mientras la CIE-10 refiere que el tiempo debe ser de un año en niños y adolescentes.

Los síntomas que se presentan son: deterioro en las relaciones sociales y en el rendimiento escolar, irritabilidad, baja autoestima, pesimismo y déficit en la escolaridad.

Crterios Trastorno Distimico

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DE TRASTORNO DISTIMICO

Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años.

Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.

. Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

1. pérdida o aumento de apetito
2. insomnio o hipersomnia
3. falta de energía o fatiga
4. baja autoestima
5. dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
6. sentimientos de desesperanza

Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: Antes de la aparición del episodio distímico pudo haber un episodio depresivo mayor previo que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativos durante 2 meses). Además, tras los primeros 2 años (1 año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, puede haber episodios de trastorno depresivo mayor superpuestos, en cuyo caso cabe realizar ambos diagnósticos si se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.

La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.

Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o a enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad

Especificar (para los últimos 2 años del Trastorno distímico):

FUENTE

Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)

“ El **trastorno bipolar** suele presentarse en el 10-15% de los adolescentes con episodios depresivos mayores recidivantes, mientras que los episodios mixtos se dan con mayor frecuencia en adolescentes y adultos jóvenes”; “en el **trastorno ciclotímico** se establece también una diferencia entre el adulto y el niño, en lo relativo a la duración de un periodo de dos años (1 año en niños y adolescentes) en que todos los intervalos libres de síntomas tienen una duración inferior a dos meses.” (Rodríguez, 1995)

CAPITULO VI

6. Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R

6.1.Descripción general

La **CMAS-R**, titulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de auto informe que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad. Este instrumento puede aplicarse ya sea de manera individual o a grupos de personas. El niño responde a cada afirmación encerrando en un círculo la respuesta “Si” o “No”. La respuesta “Si” indica que el reactivo está describiendo los sentimientos o acciones del niño, mientras la respuesta “No” indica que el reactivo por lo general no lo está describiendo. Si el niño tiene dificultad para leer o marcar la respuesta apropiada, entonces el aplicador puede leer el reactivo y encerrar la respuesta en un círculo.

Las instrucciones para el niño están impresas en la parte formal del cuestionario. Estas instrucciones mencionan.

“Aquí hay varias oraciones que dicen como piensas y sienten algunas personas acerca de ellas mismas. Lee con cuidado cada oración. Encierra en un círculo la palabra “Si” si piensas que así eres. Si piensas que no tiene ninguna relación contigo encierra en un círculo la palabra “No”. Contesta todas las preguntas aunque en algunas sea difícil tomar una decisión. No marques “Si” y “No” en las misma pregunta.” “No hay respuestas correctas ni incorrectas. Solo tú puedes decirnos como piensas y sientes respecto a ti mismo. Recuerda, después de que leas cada oración, pregúntate. “¿Así soy yo?” si es así, encierra en un círculo “Si”. Si no es así, marca “No”.”

Las respuestas “Si” se cuentan para determinar la puntuación de **Ansiedad total**. En un esfuerzo para proporcionar más introspección clínica en las respuestas del individuo, la **CMAS-R** brinda cuatro puntuaciones de subescalas además de la puntuación de **Ansiedad total**. Estas subescalas se denominan: a) **Ansiedad fisiológica**, b) **Inquietud/hipersensibilidad**, c) **Preocupaciones sociales/concentración**, y d) de **Mentira**. Debido a que los resultados se derivan de las respuestas afirmativas del niño, una puntuación elevada indica un alto nivel de ansiedad o mentira en una subescala.

6.2. Puntuación

La **CMAS-R** consta de cinco puntuaciones. La puntuación de **Ansiedad total** se basa en 28 reactivos de ansiedad. Estos 28 reactivos también están divididos en tres subescalas de ansiedad: **Ansiedad fisiológica**, **Inquietud/hipersensibilidad** y **Preocupaciones sociales/concentración**. Los nueve reactivos restantes de la **CMAS-R** son parte de la subescala de **Mentira**. La puntuación natural en cada subescala es el número de reactivos marcados “Si” para esa subescala. Se encuentra disponible una Plantilla de calificación para ayudar a calificar las respuestas del niño.

Los cuadros de los Apéndices se usan para convertir las puntuaciones naturales a puntuaciones escalares y percentiles. Para la puntuación de **Ansiedad total**, la puntuación de escala es una puntuación estándar con una media de 50 y una desviación estándar de 10, el bien conocido y tradicional escala de puntuación T que es común en muchas áreas de la evaluación de la personalidad. Para las subescalas, las puntuaciones escalares tienen una media de 10 y una desviación estándar de 3, similar a las puntuaciones que se utilizan para la Escala de inteligencia para el nivel escolar revisada (WISC-R; Weschsler, 1974).

Las tres puntuaciones subescalares de ansiedad (Ansiedad fisiológica, Inquietud/hipersensibilidad, y Preocupaciones sociales/concentración) representan diferentes áreas en las que se manifiesta la ansiedad y se proporcionan para auxiliar al psicólogo en el desarrollo de hipótesis acerca del niño y la conducta del mismo. Sin embargo, debido a la longitud limitada de estas subescalas y los niveles de confiabilidad resultantes (aunque sorprendentemente buenos para escalas tan cortas), las subescalas deben usarse con preocupación y observarse solo como una ayuda para que se genere la hipótesis. Las tres subescalas de ansiedad no se traslapan.

Puntuaciones subescalares de ansiedad

SUBESCALAS			
Ansiedad Fisiológica	Inquietud/ hipersensibilidad	Preocupaciones sociales/concentración	Mentira
Se compone de 10 reactivos. Esta escala está asociada con manifestaciones fisiológicas de ansiedad como dificultades del sueño, náusea y fatiga.	Compuesta de 11 reactivos, está asociada con una preocupación obsesiva acerca de una variedad de cosas, la mayoría de las cuales son relativamente vagas y están mal definidas en la mente del niño, junto con miedos de ser lastimado o aislado en forma emocional.	Consta de siete reactivos haciéndola significativamente más corta que las otras de las subescalas. Sin embargo, esta es comparable con la subescala de Ansiedad fisiológica en su confiabilidad y es particularmente útil para discriminar a los niños que tienen problemas escolares. La escala se concentra en pensamientos distractores y ciertos miedos, muchos de naturaleza social o interpersonal, que conducen a dificultades con la concentración y la atención.	Diseñada para detectar conformidad, conveniencia social, o la falsificación deliberada de respuesta, se compone de nueve reactivos.
FUENTE: Manual: Cuestionario de Ansiedad Manifiesta en niños. CMAS-R			

6.3. Confiabilidad

Dos aspectos de la confiabilidad de la CMAS-R son de principal interés: la exactitud o precisión de las calificaciones al momento de la evaluación y, debido a que la CMAS-R se basa en la teoría de ansiedad manifiesta como rasgo, la estabilidad de las calificaciones a lo largo del tiempo. Estos

dos aspectos de la confiabilidad de la CMAS-R se analizan mas adelante para la variedad de muestras, incluyendo las muestras de desarrollo y estandarización de la prueba. También se proporciona un análisis del error estándar de medida.

Para la CMAS-R, el coeficiente alfa se calculo de manera rutinaria ya que es la medida preferida de la confiabilidad de una prueba y proporciona un estimado de la correlación teórica entre verdaderas normas alternas de una prueba y puede mostrar ser la media de todas las confiabilidades por mitades posibles de un grupo dado de reactivos (cf. Nunnally 1978; Wilson y Reynolds, en impresión).

Puntuación de ansiedad total. Para la puntuación de **Ansiedad total**, se obtuvo un estimado de consistencia interna (formula 20 Kuder-Richardson, KR20, el caso especial de alfa con reactivos sicotomicos) de 8.3 con la muestra de desarrollo de la prueba con 329 niños. Una muestra de validación cruzada de 167 niños de los grados 2°,5°,9°,10°, y 11° proporcionó un estimado de confiabilidad similar de 85. Ambos son muy semejantes a los estimados de confiabilidad sobre los que informa la CMAS original en una variedad de estudios. Si las puntuaciones naturales están correlacionadas con la edad plegar a través de intervalos de más de un año de edad cuando se calculan estimados de confiabilidad sean más grandes de los que deberían ser (es decir, se inflaran de manera falsa al aumentar la varianza de la puntuación total relativa a la varianza del reactivo). La relación entre la edad y las puntuaciones naturales en la **CMAS-R** no es lineal; sin embargo, se calcularon confiabilidades para cada combinación Grupo étnico x sexo a intervalos de edad de un año para las edades de 6 a 16, y se plegaron solo para las edades de 17 a 19.

6.4. Validez

La CMAS-R se derivó a partir de una teoría de ansiedad rasgo seguida por Taylor (1951) y de manera subsecuente por otros en varios grados (por ejemplo. Spielberger, 1972). Esta difiere de la ansiedad estado en que la ansiedad rasgo es una predisposición mar duradera para experimentar la ansiedad en una variedad de ambientes. Entonces las puntuaciones deben ser relativamente estables a los largo del tiempo.

El primer desarrollo de los reactivos estuvo basado en reactivos que habían demostrado relacionarse con una diversidad de facetas de ansiedad (cf. Taylor, 1951). Durante la revisión del CMAS, maestros, psicólogos clínicos infantiles y psicólogos educativos fueron encuestados acerca de si los reactivos existentes parecían relacionarse con manifestaciones de ansiedad en niños y se debía incluirse cualquier otra indicación. Para la inclusión de reactivos en la CMAS-R final solo se eligieron aquellos designados por este grupo como relacionados con la ansiedad. La selección del conjunto final de reactivos se describió antes. El uso clínico subsecuente de la escala por los autores con más de 200 casos indujo un cambio en el reactivo 23; la palabra original “niños” se

reemplazó por el término “personas”. Entonces la ocupación de primer orden pareció ser la determinación de si cualquier subescalas de ansiedad podía delinearse para que fueran útiles, si era posible separar los factores de mentira y ansiedad, y si podía ubicarse un fuerte factor de ansiedad general.

6.5. Inventario de depresión infantil (CDI)

6.5.1. Descripción general

FICHA TÉCNICA

Nombre Original: Children’s Depression Inventory C.D.I.

Nombre en Español: Inventario de Depresión Infantil C.D.I

Autora: María Kovacs (1977)

Procedencia: Canadá

Adaptación española: Polonio Lorente (1988) España

Adaptación y Estandarización: Edmundo Arévalo Luna

Administración: Individual y colectiva

Ámbito de Aplicación: Niños y niñas de 8 a 16 años de edad

Duración: Tiempo aproximado 15 a 20 minutos.

Significación: Evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones:

Estado de ánimo disforico (visión negativa de si mismo)

Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro)

Tipificación: Baremos para escolares del nivel primario, y adolescentes del nivel secundario, de ambos sexos.

El inventario de CDI original de M. Kovacs planteado a través de cinco factores (afecto, problemas interpersonales, ineficiencia, anhedonia y autoestima) basado en el cuestionario de Beck, quien trabajo con muestra de adultos.

Además este test fue estandarizado y adaptado en España por Polonio Lorente (1988) y la más reciente adaptación y estandarización en Perú por el Psicólogo Edmundo Arévalo Luna, manteniendo invariable el propósito de la autora (Kovacs).

El CDI, es un instrumento que se aplica a niños y adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilen entre los 8 a 16 años, en grados escolares del tercero de primaria al quinto de secundaria, y que manifieste un nivel lector apropiado para responder a los ítems. La aplicación del inventario puede ser individual, colectiva o auto administrada, no hay tiempo límite, pero se estima en un

promedio de 15 a 20 minutos aproximadamente; siendo un tiempo prudente para que pueda valorársele correctamente el cuestiona.

6.6. Estandarización

Se estandarizo la prueba; basándose en el modelo de Weinberg (1973) quien asume a los síntomas principales de la depresión de dos formas: Síntoma de estado de ánimo Disfórico (melancolía) y Síntoma de Ideas de auto desprecio (Caballo, 1993); en la primera, el niño expresa una visión negativa de sí mismo y la segunda revela una visión negativa del medio y del futuro.

Síntomas principales de la depresión

ESTADO DE ANIMO DISFORICO	PREGUNTAS	IDEAS DE AUTO DESPRECIO	PREGUNTAS
Dentro del estado de ánimo disfórico se presentan en los niños y adolescentes las siguientes características:	Los 17 elementos que evalúan esta dimensión son: 1, 2, 3, 4, 6, 10, 11, 12, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 26, 27.	Dentro de las ideas de auto desprecio se presentan en los niños:	Los 10 items que evalúan esta dimensión son los siguientes: 5, 7, 8, 9, 13, 14, 15, 23, 24, 25.
Tristeza		Sentimientos de irritabilidad.	
Soledad		Incapacidad	
Desdicha		Fealdad	
Indefensión		Culpabilidad	
Pesimismo		Ideas de persecución	
Cambios es el estado de animo		Deseos de muerte	
Mal humor		Tentativas de suicidio	
Irritabilidad		Ideas de escapar o huir de casa	
Llora con facilidad			
Negativista			
Difícil de complacer.			
PUNTAJE MAXIMO	34	PUNTAJE MAXIMO	20
Fuente: Inventario de depresión infantil CDI			

Para establecer la Puntuación Directa de la escala total, se suman las puntuaciones alcanzadas en ambas dimensiones. Una vez terminada la corrección y anotadas las puntuaciones directas, se realiza la interpretación normativa, transformándose en puntuaciones derivadas (Centiles), para elaborar el diagnóstico interpretativo. La interpretación diagnóstica de los resultados se lleva a cabo en base a la valoración extraída de la población de referencia.

Valoración Diagnóstica de Síntomas Depresivos a través del CDI, para niños y adolescentes.

Pc	Categorías Diagnósticas
1-25	No hay presencia de síntomas depresivos. Dentro de los límites normales
26-74	Presencia de síntomas depresivos mínima y moderada.
75-89	Presencia de síntomas depresivos marcada o severa.
90-99	Presencia de síntomas depresivos en grado máximo.

6.7. Fiabilidad y validez del CDI

6.7.1. Confiabilidad

La confiabilidad de una prueba psicológica se define como la consistencia o estabilidad de una medida; es decir, es el grado en que una serie de medidas está libre de varianza de error al azar. Operacionalmente establecemos la fiabilidad obteniendo la correlación entre dos series equivalente de medidas de una serie de sujetos. La buena fiabilidad de una prueba exige controlar lo mejor posible las condiciones externas que pueden influir en las puntuaciones y las condiciones internas. No existe una fiabilidad perfecta, por ser imposible controlar todas las fuentes de error. Entre los métodos aceptados para establecer la confiabilidad de un instrumento como el presente, está el de las dos mitades o Split-half, que consiste en hallar el coeficiente de correlación de Pearson entre las dos mitades de cada factor (pares impares) de los elementos; y, luego corregir los resultados según la fórmula de Spearman-Brown, ya que la verdadera longitud de la prueba es doble y la fiabilidad aumenta en proporción con la longitud de la prueba. Además, debido a la imposibilidad de volver aplicar este instrumento a los mismos sujetos, este método es el más adecuado. Por ello, se utilizó la correlación de producto. Momento de Pearson; siendo aplicada el método de las mitades y corregido con la fórmula de Sperman Brown.

Los resultados de fiabilidad obtenidos presentan en dos en muestras: en los escolares del nivel Primario y en los escolares del nivel secundario, debido a las diferencias alcanzadas entre ambos grupos, las mismas que se presentan a continuación:

Índices de confiabilidad del CDI, en poblaciones de niños del nivel PRIMARIO utilizando el corrector de Spearman Brown.

	Estado de ánimo Disforico	Ideas de Auto desprecio
R ½	0.86	0.78
Test completo	0.89	0.81
Nº de casos	4.806	4.806
Media	9.658	6.794
D.S	3.887	2.821
Nº de ítems	17	10

Índices de confiabilidad del CDI, en poblaciones de adolescentes SECUNDARIOS, utilizando el corrector de Spearman Brown.

	Estado de ánimo Disforico	Ideas de Auto desprecio
R ½	0.91	0.85
Test completo	0.93	0.83
Nº de casos	5.394	5.394
Media	8.765	5.950
D.S	3.774	2.981
Nº de ítems	17	10

En ambos grupos se aprecian índices de Confiabilidad bastante buenos. Del mismo modo, se llevó a cabo el análisis de la fiabilidad del inventario en general a través del coeficiente. Alfa de Crombach. De acuerdo a este análisis para que el inventario sea confiable este debe ser mayor 0.70. El resultado alcanzado podemos visualizarlo en la siguiente tabla.

Índice de confiabilidad del inventario en general del CDI en niños y adolescentes.

Instrumento	Coefficiente de Confiabilidad
Inventario de Depresión Infantil	0.9176

6.7.2. Validez

La validez de un instrumento está destinada a demostrar cuan exitoso y eficiente es un instrumento en la medición de un constructo que está diseñado a evaluar. No existe un modo absoluto de conocer si un instrumento mide completamente un constructo, dado que el constructo no puede ser perfectamente medido por cualquier medio (Ugarriza, 2003). Sin embargo, uno desea demostrar que existe un número suficiente de estudios que utilizando diversas metodologías presentan la evidencia con instrumento mide de manera adecuada al constructo para el que fue diseñado. En tal sentido, la validación, es el proceso de recopilación y valoración de la evidencia de validez (Hernández y otros, 2000: 184). Dado que el CDI, nos proporciona información sobre la presencia o no de los síntomas depresivos en niños y adolescentes; el test será válido si la información que nos brinda, permite conocer la presencia de los síntomas depresivos a través de las dimensiones que evalúa.

6.8. Normalización del inventario

Los sistemas de medida dan lugar a varias modalidades de normas, baremos o escalas. La escala o norma percentilar constituye un recurso muy difundido y que goza de mucha popularidad, para la transformación de los puntajes originales (Morales, 1993). Una distribución de percentiles queda dividida en 99 puntos, entre las cuales se encuentran 100 segmentos cada uno contiene un uno por ciento de los casos. La escala percentilar señala la posición de un individuo respecto a su grupo y es válido solamente para el grupo a merced al cual fue elaborada. Las normas del CDI se han elaborado en base al nivel educativo; para el nivel primario, se encuestó a 4,806 de los cuales son 2,538 niños y 2,268 niñas; para el nivel secundario se contó con 5,394 adolescentes siendo 2,811 varones y 2,531 mujeres. La edad de los grupos normativos oscila entre los 8 a 16 años.

**BAREMO N° 1. NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN NIÑOS Y NIÑAS DEL
NIVEL PRIMARIO (E. Arévalo Luna – 2008)**

Estado de anño Disforico		Ideas de Auto desprecio		Escala total	
PD	PC	PD	PC	PD	PC
26 a Mas	99			40 a Mas	99
25	98			39	95
24	97			37-38	90
23	95			36-37	85
22	94			34-35	80
21	92			32-33	75
20	89			30-31	70
19	86	19	99	28-29	68
18	83	18	97	26-27	63
17	80	17	93	24-25	60
16	76	16	90	23	58
15	72	15	85	22	55
14	68	14	80	20-21	50
13	63	13	75	19	45
12	60	12	70	18	40
11	55	11	65	17	35
10	50	10	60	16	30
9	45	9	55	15	28
8	40	8	50	13-14	25
7	35	7	45	12	20
6	30	6	40	11	18
5	25	5	35	10	15
4	20	4	30	8-9	10
3	15	3	20	7	8
2	10	2	10	6	5
1	5	1	5	5	3
0	1	0	1	4	1
9,658		6,794		19,532	X
3.887		2.811		5.986	DS
		4.806			N

**BAREMO N° 2. NORMAS EN PERCENTILES DEL CDI, EN ADOLESCENTES DEL
NIVEL SECUNDARIO (E. Arévalo Luna – 2008)**

Estado de ánimo Disforico		Ideas de Auto desprecio		Escala total	
PD	PC	PD	PC	PD	PC
23 a Mas	99			35 a mas	99
22	97			33-34	96
21	93			31-32	93
20	88			29-30	90
19	85			28	88
18	80	17 a mas	99	27	85
17	75	16	98	26	80
16	73	15	95	24-25	75
15	68	14	90	23	70
14	63	13	85	21-22	65
13	60	12	80	19-20	60
12	58	11	75	18	50
10	55	10	70	17	45
9	53	9	65	16	40
8	50	8	60	15	35
7	45	7	55	14	30
6	35	6	50	12-13	25
5	30	5	40	10-11	20
4	20	4	30	9	15
3	10	3	20	8	10
2	5	2	10	7	5
1	1	1	1	6	3
				5 a menos	1
8.018		5.842		17.439	X
2.962		2.041		4.768	DS
		5,394			N

MARCO METODOLOGICO

Hipótesis

- Las reacciones psicológicas variaran de acuerdo a la edad en el niño/a o adolescente ante la revelación de diagnóstico de VIH/SIDA.
- Que un niño con diagnóstico de VIH/SIDA provenga de un hogar desestructurado generara mayor ansiedad y depresión en la revelación.

Matriz de variables

Hipótesis I

VARIABLE	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
Variable Independiente Diagnóstico de VIH/SIDA	Que el menor o adolescente sea portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)el cual infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.	Diagnóstico clínico de VIH/SIDA	Entrevista
Variable Interviniente	Edad comprendidas entre los 7 a 14 años.	Niños, niñas de 7 a 12 años Adolescentes de 12 a 14 años	Entrevista y observación
Variable dependiente: Reacciones emocionales: Ansiedad	: Estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional es claramente	Si No	CMAS-R ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS

<p>Depresión</p>	<p>desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta (distracción, pérdida de concentración, insomnio).”</p> <p>Trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social.</p>	<p>A veces</p> <p>Siempre</p> <p>Nunca</p>	<p>CDI</p> <p>INVENTARIO DE</p> <p>DEPRESION INFANTIL</p>
-------------------------	--	--	---

Hipótesis II

VARIABLE	INDICADORES	MEDIDAS	INSTRUMENTOS
Variable Independiente Diagnostico de VIH/SIDA	<p>Que el menor o adolescente sea portador del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) el cual infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades.</p>	<p>Diagnostico clínico de VIH/SIDA</p>	<p>Entrevista</p>
Variable Interviniente	<p>Hogar desestructurado</p> <p>Los factores que influyen más importantes en el ambiente de la familia para el desarrollo de un niño proceden del interior del hogar, sea este o no favorable.</p> <p>El ambiente en el hogar de un niño o adolescente tiene dos componentes la estructura familiar y la atmósfera, lo cual influye para que el menor afronte y supere los acontecimientos que ocurran durante su proceso vital.</p>	<p>Solo vive con el padre</p> <p>Solo vive con la madre</p> <p>Vive con familiares</p> <p>Vive en fundaciones de acogida.</p>	<p>Entrevista</p>
Variable dependiente: Ansiedad	<p>Estado emocional displacentero de miedo o aprensión, bien en ausencia de un peligro o amenaza identificable, o bien cuando dicha alteración emocional</p>	<p>Si</p> <p>No</p>	<p>CMAS-R</p> <p>ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS</p>

<p>Depresión</p>	<p>es claramente desproporcionada en relación a la intensidad real del peligro. Se caracteriza por una gran variedad de síntomas somáticos como temblor, hipertonía muscular, inquietud, hiperventilación, sudoraciones, palpitaciones, etc. Aparecen también síntomas cognitivos como aprensión e inquietud psíquica, hipervigilancia y otros síntomas relacionados con la alteración de la alerta (distracción, pérdida de concentración, insomnio).”</p> <p>Trastorno del humor caracterizado por una alteración significativa del estado de ánimo, primordialmente compuesta de tristeza y ansiedad, que suele asociarse a síntomas físicos (cansancio, pérdida del apetito, insomnio, disminución del deseo sexual) y a una reducción de la actividad social.</p>	<p>A veces Siempre Nunca</p>	<p>CDI INVENTARIO DE DEPRESION INFANTIL</p>
-------------------------	--	--------------------------------------	---

Diseño de investigación

Investigación analítica- explicativa con diseño cualicuantitativa.

Tipo de investigación

La investigación es de tipo Descriptiva y Explicativa, consiste en identificar y explicar cuáles son los efectos de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA en niños y adolescentes y señalar los efectos o consecuencias que esto conlleva.

Población y muestra

Población: 32 personas

Se consideró a todos los niños y adolescentes de entre 7 a 14 años, que asisten al hospital pediátrico “Baca Ortiz”, diagnosticados con VIH/SIDA, durante los 6 meses de investigación.

Diseño de la muestra

Para seleccionar la muestra se toma en cuenta el universo total de pacientes pediátricos, y para los fines de la investigación se seleccionó a las personas con las siguientes características:

Pacientes con diagnóstico positivo de VIH/SIDA, entre las edades de 7 a 14 años, de ambos sexos, que asistan al Servicio de Infectología para control y tratamiento y que estén en condiciones de proporcionar la información que se necesita.

La muestra definitiva que se obtuvo durante el período de investigación dentro de los meses de Abril a Octubre de 2012 en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, es de treinta y dos, entre niños, niñas y adolescentes.

Técnicas e instrumentos

Técnicas

- Entrevista
- Técnica psicométrica
- Encuesta

Instrumentos a Utilizar:

- **Entrevista Psicológica Clínica**

Mediante este instrumento psicológico, se obtuvo información que facilitó el trabajo psicológico con el paciente, a través de una comunicación interactiva, conocer datos sobre su estado psicosocial y familiar.

Luego de asistir a la revisión médica en el servicio de Infectología, dentro del Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” los pacientes acudían al consultorio de psicología N°1, en el cual se realiza la entrevista psicológica clínica, los pacientes acuden con sus padres, hermanos, familiares o representantes de fundaciones, según el caso.

- **Reactivos Psicológicos**

Los reactivos psicológicos, se utilizan, uno por vez, que el menor con diagnóstico de VIH/SIDA, acude a consulta psicológica. Al inicio del proceso en los meses de Abril a Junio se aplica, un pre test y al finalizar el proceso entre los meses de Agosto, Septiembre y Octubre con un post test. Los test psicológicos aplicados son:

Escala de ansiedad manifiesta en niños (revisada) CMAS-R

La **CMAS-R**, titulada “Lo que pienso y siento”, es un instrumento de autoinforme que consta de 37 reactivos, diseñado para valorar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes de 6 a 19 años de edad.

Inventario de depresión infantil (CDI)

El CDI, es un instrumento que se aplica a niños y adolescentes de ambos sexos cuyas edades oscilen entre los 8 a 16 años, evalúa síntomas depresivos más esenciales en los niños a través de las siguientes dimensiones:

Estado de ánimo disforico (visión negativa de sí mismo)

Ideas de auto desprecio (visión negativa del medio y del futuro)

- **Encuesta**

Se elaboró una encuesta dirigida a los niños, niñas y adolescentes con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron al consultorio psicológico N°1, en el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, para la obtención de datos Socio-Demograficos, con el fin de proporcionar información a la investigación, identificar factores de riesgo.

RESULTADOS DE LA INVESTIGACION

Los resultados que se van a presentar es decir; la recolección de datos se obtuvo mediante una encuesta, la misma que fue aplicada a la población en estudio, a niños, niñas y adolescentes de 7 a 14 años de edad, que presentan el diagnóstico de VIH/SIDA, en la cual determino datos socio-demográficos, además se aplica dos reactivos psicológicos con el que se consiguió trabajar para la realización y comprobación de las hipótesis. Los resultados de la investigación se presentan con tablas, gráficos e interpretación.

Se describirán los resultados obtenidos al aplicar el inventario de depresión infantil **CDI** para evaluar depresión y el cuestionario manifiesta en niños **CMAS-R** para evaluar ansiedad, al finalizar con los datos obtenidos se hará un análisis global, antes de ser revelado el diagnóstico de VIH a los niños del hospital pediátrico “Baca Ortiz” y después de ser revelado dicho diagnóstico, de igual forma se analizara los factores psicosociales que atraviesan.

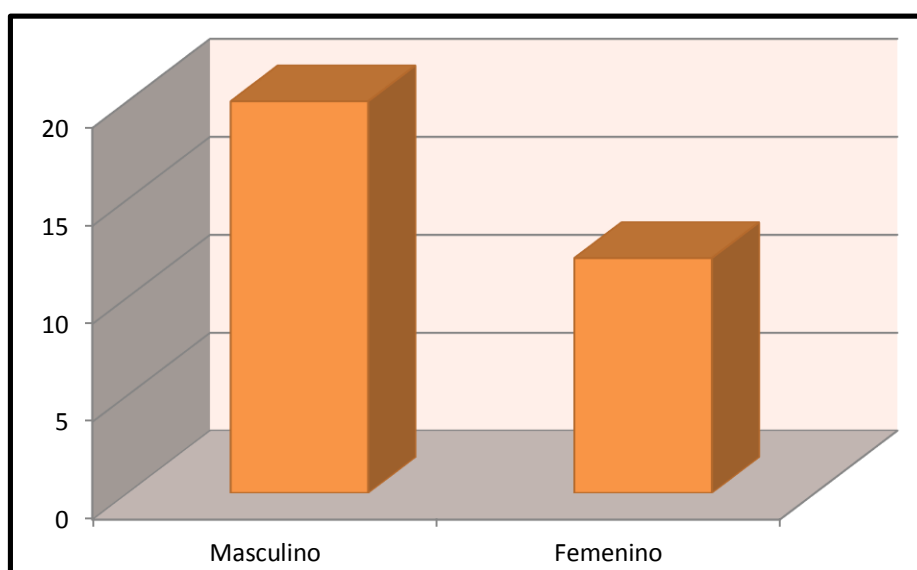
Análisis socio demográfico

Tabla 1: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según grupo de Edad

GRUPO DE EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
8 a 10	22	69%
11 a 13	10	31%
Total	32	100%

FUENTE: Investigación realizada en el HBO 2011-2012; Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 1: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según grupo de Edad



FUENTE: Investigación realizada en el HBO 2011-2012; Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

De un universo de 32 pacientes del área de infectología del Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, con diagnóstico de VIH/SIDA, se tomo en cuenta para el estudio a todos los menores entre las edades de siete a catorce años. Podemos identificar que la edad que presentan mayor prevalencia según grupo de edad, es la de 8 a 10 años, esto lo demuestra el 69%, mientras el grupo de edad subsecuente es de 11 a 13 años con un 31%.

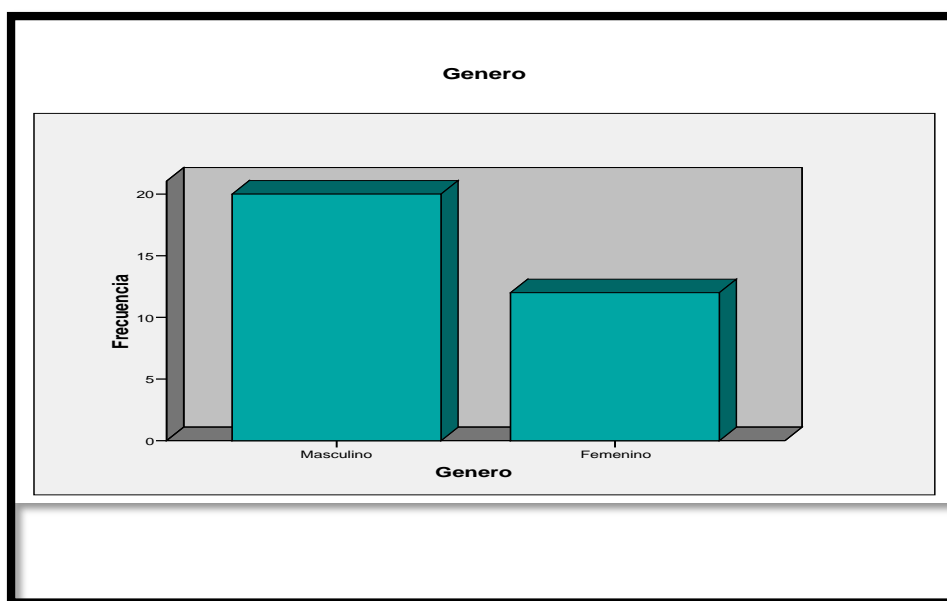
GÉNERO

Tabla 2: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según género

GENERO	CANTIDAD	PORCENTAJE
Masculino	20	62%
Femenino	12	38%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 2: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según género



FUENTE: Investigación realizada en el HBO 2011-2012.Revelacion, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

La muestra para el análisis del trabajo investigativo realizado en el hospital pediátrico Baca Ortiz, fue comprendida entre niños, niñas y adolescentes atendidos con diagnóstico de VIH, con lo cual se obtuvo la muestra que corresponde a 32 pacientes, de los cuales se observa que 20 corresponden al género masculino con un porcentaje del 62% y 12 al género femenino que corresponde al 38%.

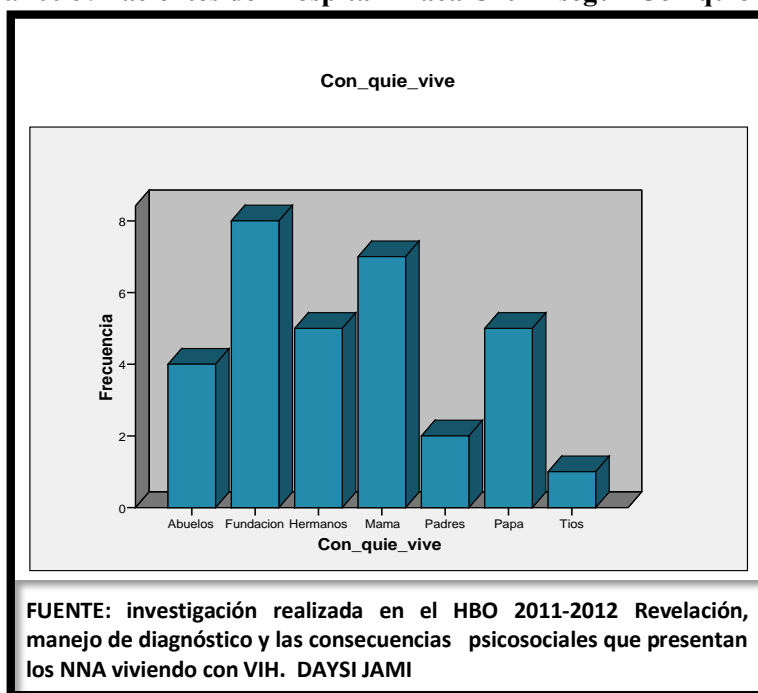
CON QUIÉN VIVE

Tabla 3: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según Con quién vive

Con quien vive	Cantidad	Porcentaje
Fundación	8	25%
Solo Madre	7	22%
Hermanos	5	16%
Solo Padre	5	16%
Abuelos	4	12%
Padres	2	6%
Tíos	1	3%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYS JAMI

Gráfico 3: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según Con quién vive



De los pacientes con diagnóstico de VIH que se atendieron en el hospital Baca Ortiz, se puede observar un alto porcentaje del 25% que se encuentran en la actualidad viviendo en Fundaciones que les han brindado acogida al quedar desprotegidos por fallecimiento de sus progenitores que presentaban la misma enfermedad, además evidenciamos un 22% que corresponde a menores que viven solo con su madre debiéndose a que los padres abandonan el hogar luego de ser diagnosticados de VIH/SIDA, el 16% vive con sus hermanos, el 13% vive con los abuelos y solo el 3% con los tíos, solo con sus dos padres vive el 6%. Con lo cual se demuestra irregularidad dentro de la estructura familiar de los pacientes con VIH/SIDA.

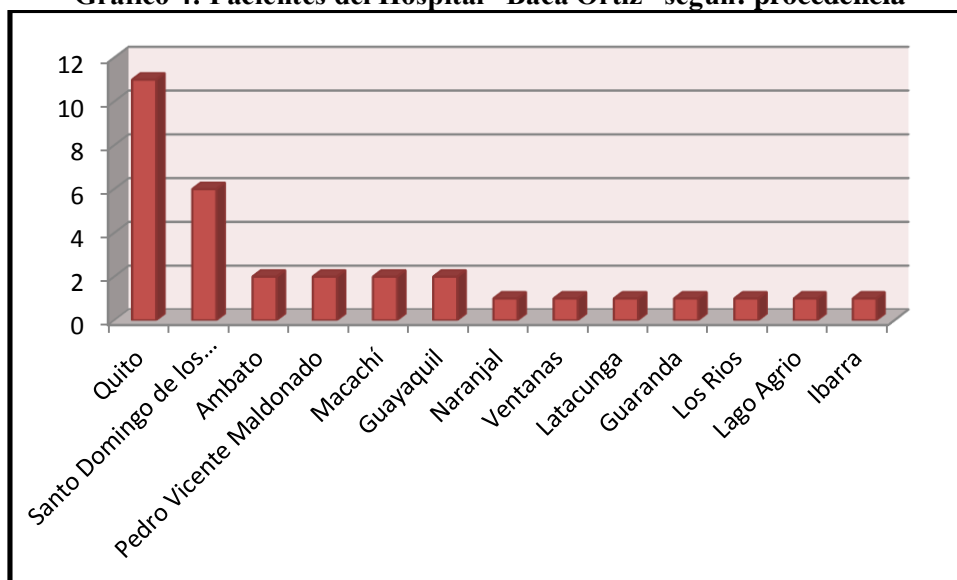
PROCEDENCIA

Tabla 4: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: procedencia

PROCEDENCIA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Quito	11	35%
Santo Domingo de los Tsachilas	6	19%
Ambato	2	7%
Pedro Vicente Maldonado	2	6%
Macachí	2	6%
Guayaquil	2	6%
Naranjal	1	3%
Ventanas	1	3%
Latacunga	1	3%
Guaranda	1	3%
Los Rios	1	3%
Lago Agrio	1	3%
Ibarra	1	3%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 4: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: procedencia



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

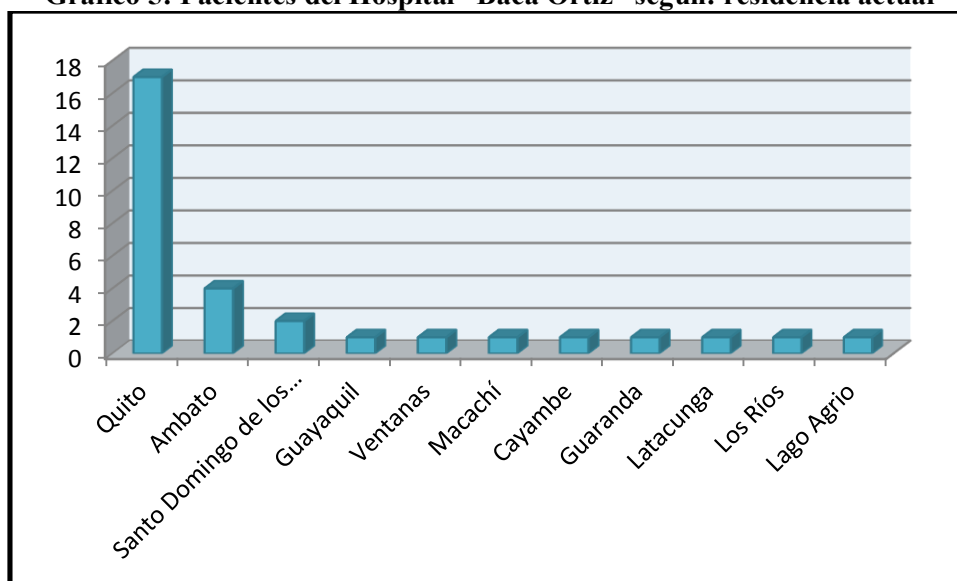
De un universo de 32 investigados entre niños, niñas y adolescentes, evidenciamos que presenta un mayor porcentaje en Procedencia con un 35% que corresponde a la Ciudad de Quito, seguido del 19% de Santo Domingo de los Tsachilas, Ambato con un 7%, esto puede deberse a que el Hospital Pediátrico “Baca Ortiz”, es una unidad médica de especialidades, la cual brinda atención a nivel nacional.

Tabla 5: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: residencia actual

RESIDENCIA ACTUAL	CANTIDAD	PORCENTAJE
Quito	17	55%
Ambato	4	13%
Santo Domingo de los Tsachilas	2	7%
Guayaquil	1	4%
Ventanas	1	3%
Macachí	1	3%
Cayambe	1	3%
Guaranda	1	3%
Latacunga	1	3%
Los Ríos	1	3%
Lago Agrio	1	3%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 5: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: residencia actual



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

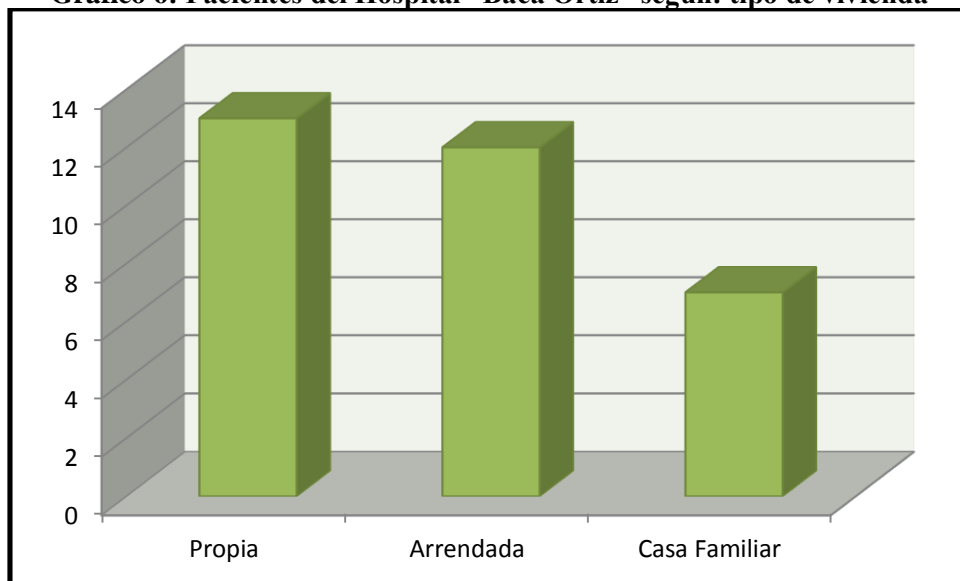
Podemos evidenciar que el porcentaje más alto que presenta la pregunta, lugar de residencia actual, responden en un 55% que corresponde a la Ciudad de Quito, seguido de un 17% que corresponde a la ciudad de Ambato, lo cual se puede explicar, ya que la mayoría de los pacientes que presentan el diagnóstico de VIH, actualmente residen en la ciudad de Quito, en el cual se encuentra ubicado el HBO, en el cual reciben tratamiento médico y psicológico.

Tabla 6: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: tipo de vivienda

TIPO DE VIVIENDA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Propia	13	41%
Arrendada	12	37%
Casa Familiar	7	22%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 6: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: tipo de vivienda



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

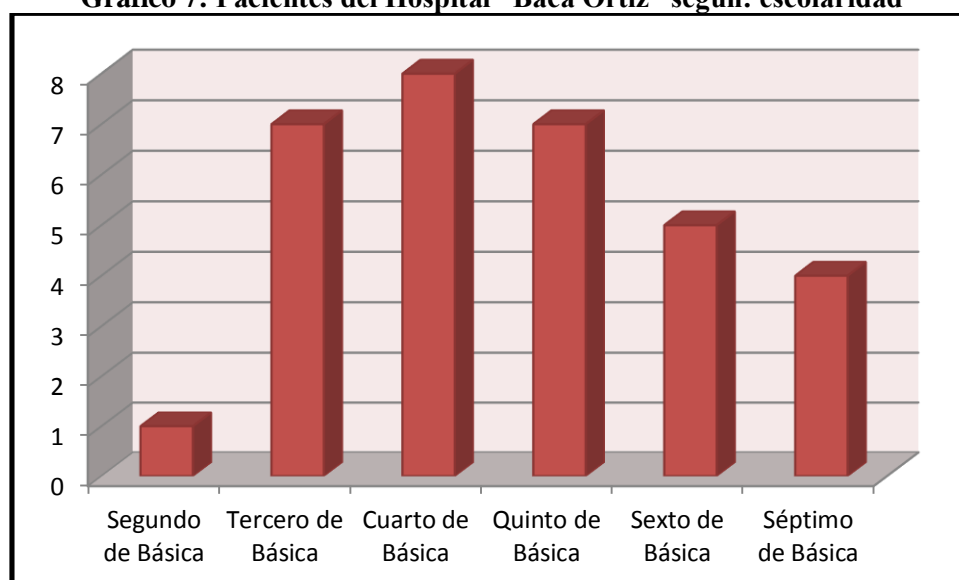
De los 32 investigados podemos evidenciar que el 41% de ellos responden en vivienda propia en la pregunta tipo de vivienda, seguido de un 37% y 22% en vivienda arrendada y casa familiar, respectivamente.

Tabla 7: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: escolaridad

GRADO DE ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Segundo de Básica	1	35%
Tercero de Básica	7	22%
Cuarto de Básica	8	25%
Quinto de Básica	7	22%
Sexto de Básica	5	16%
Séptimo de Básica	4	12%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 7: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: escolaridad



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

De los 32 evaluados que presentan diagnóstico de VIH, podemos evidenciar con un 25% corresponde a cuarto de básica, seguido por un 22% que corresponde a tercero y quinto de básica y en un menor porcentaje del 16%, 12% y 3% a los grados, sexto, séptimo y segundo de básica, evidenciando que el grado de escolaridad no corresponde a las edades de los menores, esto puede deberse a que algunos de ellos permanecieron hospitalizados por varias ocasiones, interrumpiendo sus estudios continuamente.

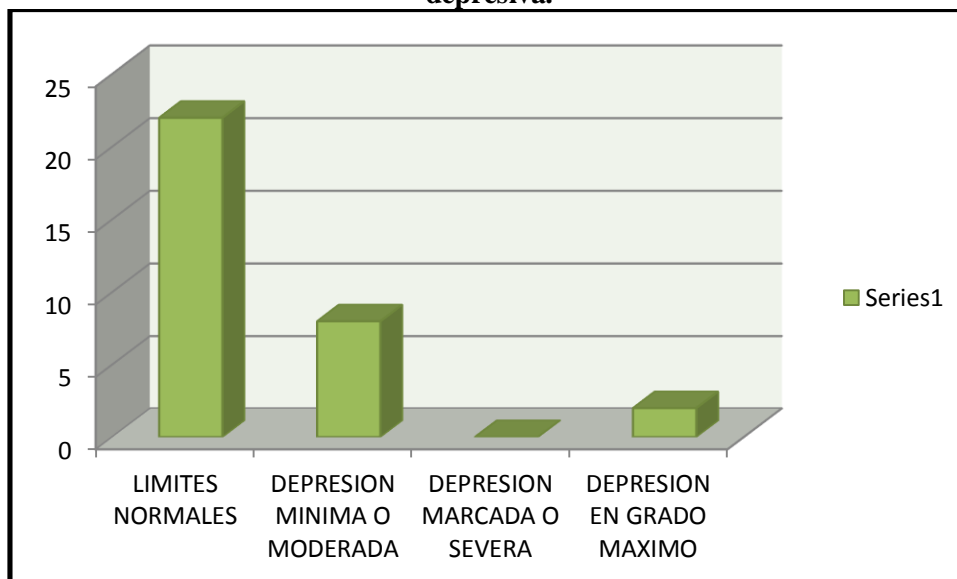
ANÁLISIS DEL INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL (CDI) ANTES DE LA REVELACION DEL DIAGNOSTICO DE VIH

Tabla 8: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Síntomas depresivos(Límites normales)	22	69%
Síntomas depresivos mínima y moderada	8	25%
Síntomas depresivos marcada o severa	0	0%
Síntomas depresivos en grado máximo	2	6%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 8: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Sintomatología depresiva.



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Se puede evidenciar que los niños, niñas y adolescentes pertenecientes a la investigación realizada en el HBO, el 69% de ellos no presenta sintomatología depresiva, antes de ser revelado el diagnóstico de VIH, seguidos del 25% que muestra sintomatología depresión mínima o moderada y el 6% indica que tiene una depresión en grado máximo. Lo cual evidencia que diez de los investigados ya presentaban sintomatología depresiva antes de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA, debiéndose a que las condiciones familiares, físicas y psicosociales no son las más adecuadas en cada uno de los casos.

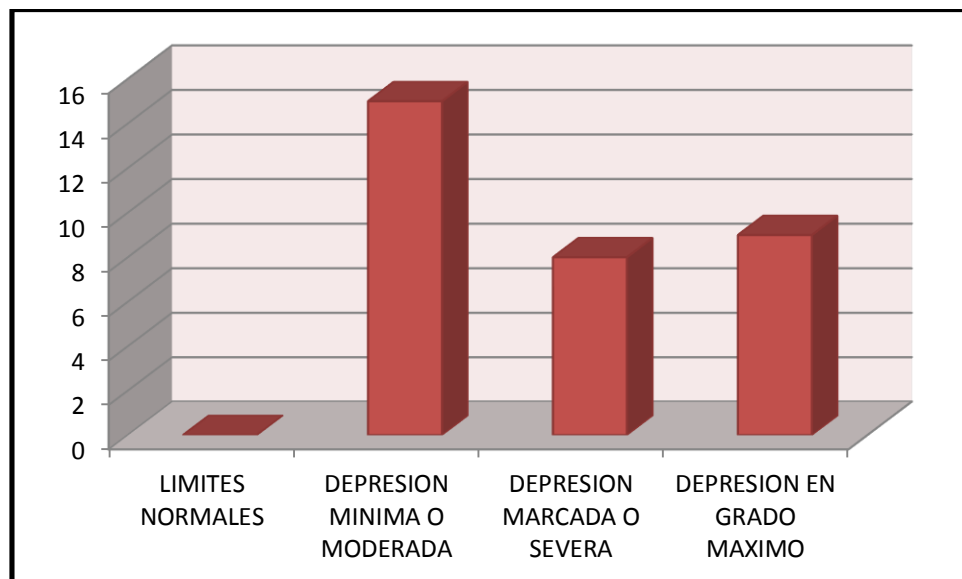
ANÁLISIS DE DEPRESIÓN DESPUÉS DE SER REVELADO EL DIAGNOSTICO DE VIH

Tabla 9: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia sintomatología depresiva luego de la revelación.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Síntomas depresivos(Límites normales)	0	0%
Síntomas depresivos mínima y moderada	15	47%
Síntomas depresivos marcada o severa	8	25%
Síntomas depresivos en grado máximo	9	28%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 9: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de sintomatología depresiva luego de la revelación.



FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

De los 32 menores investigados podemos evidenciar que el universo de los evaluados presenta algún tipo de depresión ya sea esta depresión mínima o moderada con un porcentaje del 47%; depresión marcada o severa con un porcentaje del 25%; o depresión en grado máximo con un porcentaje del 28%; lo cual se refleja luego de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, por lo tanto, se evidencia que al informar al menor que es seropositivo, existe depresión ya que durante toda la evaluación los menores responden de manera que se puede identificar ya que hay presencia de desorden afectivo o desorden del estado de ánimo, incapacidad de divertirse o de concentración, fatiga, actividad o apatía, llanto, problemas del sueño, sentimientos de falta de valor, dolencias físicas y pensamientos frecuentes acerca de la muerte. Por lo tanto es preciso que el menor continúe con tratamiento psicológico para la disminución de la sintomatología.

COMPARACIÓN DE DEPRESIÓN ANTES Y DESPUES DE REVELAR EL DIAGNOSTICO DE VIH

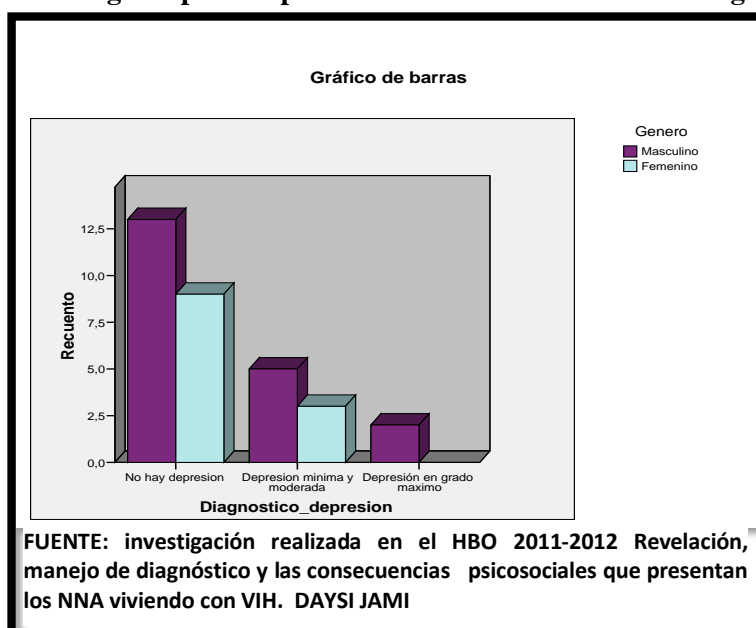
DEPRESIÓN ANTES DE SER REVELADO EL DIAGNOSTICO VIH

Tabla 10: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva previo a la revelación de acuerdo al género.

GENERO	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
No hay depresión	13	65%	9	75%	22
Depresión mínima y moderada	5	25%	3	25%	8
Depresión en grado máximo	2	10%	0	0%	2
Total	20	100%	12	100%	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 10: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva previa a la revelación de acuerdo al género.



De un universo de 32 investigados que presentan diagnóstico de VIH, podemos analizar qué tipo de depresión presentan previo a la revelación del diagnóstico de seropositividad, en un análisis comparativo 22 de los casos no presentan ningún tipo de sintomatología depresiva, distribuidos en 13 casos que pertenecen al género masculino en comparación a 9 de los casos que corresponde al género femenino, además 8 de los siguientes casos presentan depresión mínima y moderada, lo que corresponde a 5 del género masculino y 3 del género femenino, seguido de 2 casos que presentan depresión de grado máximo que corresponde al género masculino, por tanto, se evidencia que dentro de los investigados existe ya presencia de depresión antes del develamiento, esto puede deberse a que los menores corresponden a hogares desestructurados, y dinámica familiar desfavorables, por lo cual en ellos genera sentimientos de indefensión y minusvalía.

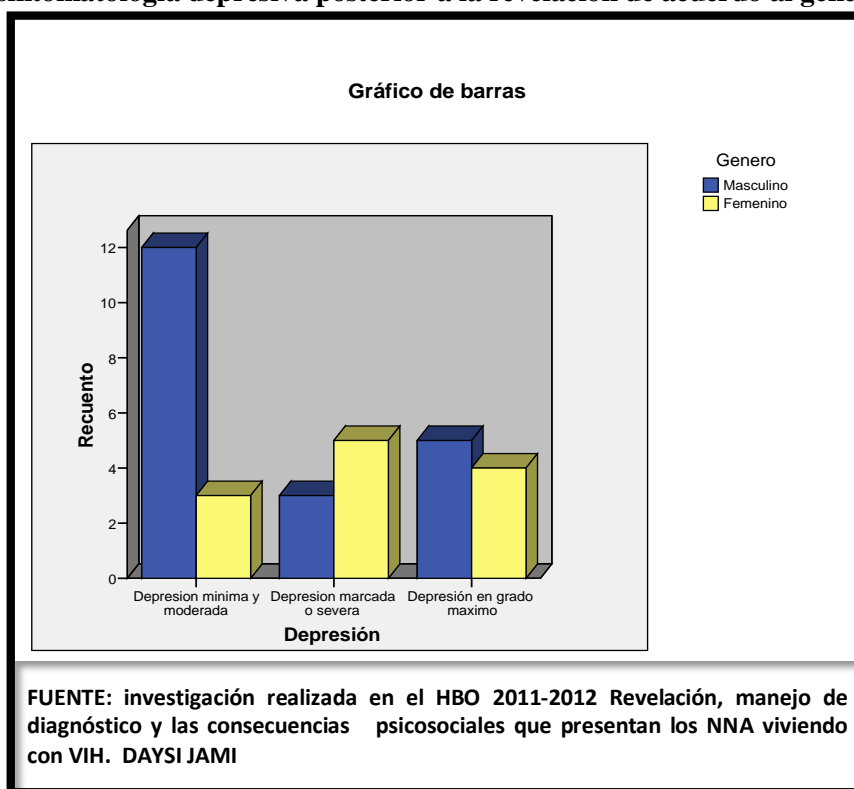
DEPRESIÓN DESPUES DE SER REVELADO EL DIAGNOSTICO DE VIH

Tabla 11: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva posterior a la revelación de acuerdo al género.

GENERO	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
Depresión mínima y moderada	12	60%	3	25%	15
Depresión marcada o severa	3	15%	5	42%	8
Depresión en grado máximo	5	25%	4	33%	9
Total	20	100%	12	100%	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 11: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva posterior a la revelación de acuerdo al género.



Podemos evidenciar que los menores investigados presentan luego de la revelación un cambio significativo en cuanto a su estado emocional, ya que 15 de ellos presentan depresión mínima o moderada, distribuida en 13 que corresponde al género masculino y 9 del género femenino, además 8 de ellos presenta depresión marcada o severa, y en 9 existe presencia de depresión en máximo grado, lo cual pone en evidencia en los analizados sintomatología depresiva, esto puede deberse a que al conocer su diagnóstico surgen ideas irracionales en cuando a la evolución y posibles consecuencias que conlleva el ser seropositivo, evidenciando un decaimiento parcial y más adelante total. Por lo cual se recomienda que los menores con diagnóstico de VIH, continúen recibiendo psicoterapia tomando en cuenta su edad y características.

ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE ANSIEDAD CMAS-R ANTES DE LA REVELACION DEL DIAGNOSTICO DE VIH

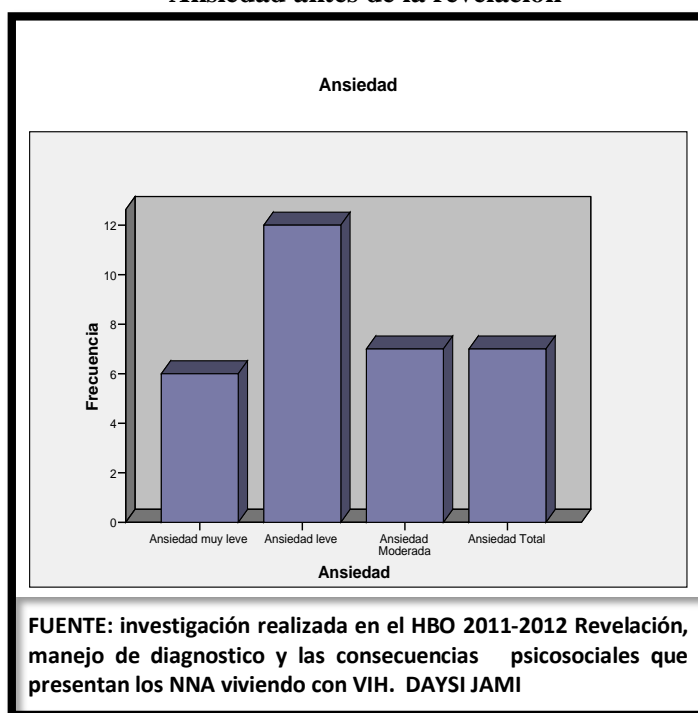
ANÁLISIS DE ANSIEDAD ANTES DE LA REVELACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE VIH

**Tabla 12: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de
Ansiedad antes de la revelación**

TIPO DE ANSIEDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ansiedad muy leve	6	19%
Ansiedad leve	12	38%
Ansiedad moderada	7	22%
Ansiedad total	7	21%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

**Gráfico 12: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de
Ansiedad antes de la revelación**



Se puede determinar que la ansiedad que presentan este grupo de niños analizados es Leve, esto lo demuestra el 38%, seguido de un 22% que presenta ansiedad moderada y total y solo el 19% muestra indica ansiedad muy leve, por lo que se puede manifestar que los niños de 7 a 14 años que fueron analizados ya presentaban grados de ansiedad antes de ser revelado el diagnóstico de VIH. Ya que la situación en la que se encuentran actualmente es desfavorable, ya que presentan antecedentes de pérdida de algún miembro de la familia debido a enfermedad, hogares desestructurados, abandono, e incertidumbre debido a constantes hospitalizaciones y medicación.

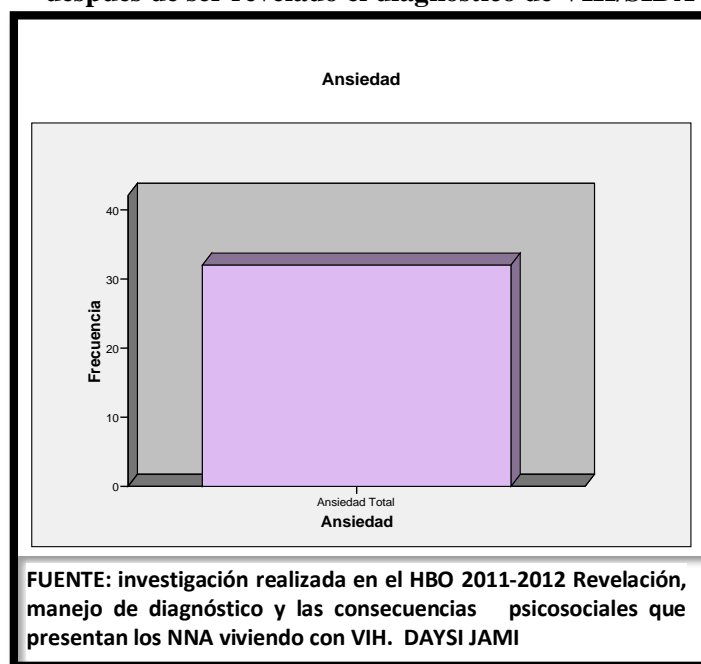
ANÁLISIS DE ANSIEDAD DESPUÉS DE LA REVELACIÓN DEL DIAGNOSTICO DE VIH

Tabla 13: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA

ANSIEDAD PRE REVELACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
Ansiedad total	32	100%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 13: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA



A comparación del test que se realizó de ansiedad antes de ser revelado el diagnóstico a los niños entre 7 y 14 años, se observa que luego de hacerlo todos ellos muestran en un 100% ansiedad total, lo cual indica que se debe seguir un tratamiento psicológico para que disminuya la sintomatología, como son miedos a las vivencias cotidianas; temor por lo pasado, futuro, así como del ambiente escolar; sentimientos de inferioridad y aislamiento social producido por la posibles discriminación y estigmatización que puedan recibir. .

COMPARACIÓN DE LA ANSIEDAD ANTES DE RECIBIR EL DIAGNOSTICO DE VIH Y DESPUÉS DE HACERLO

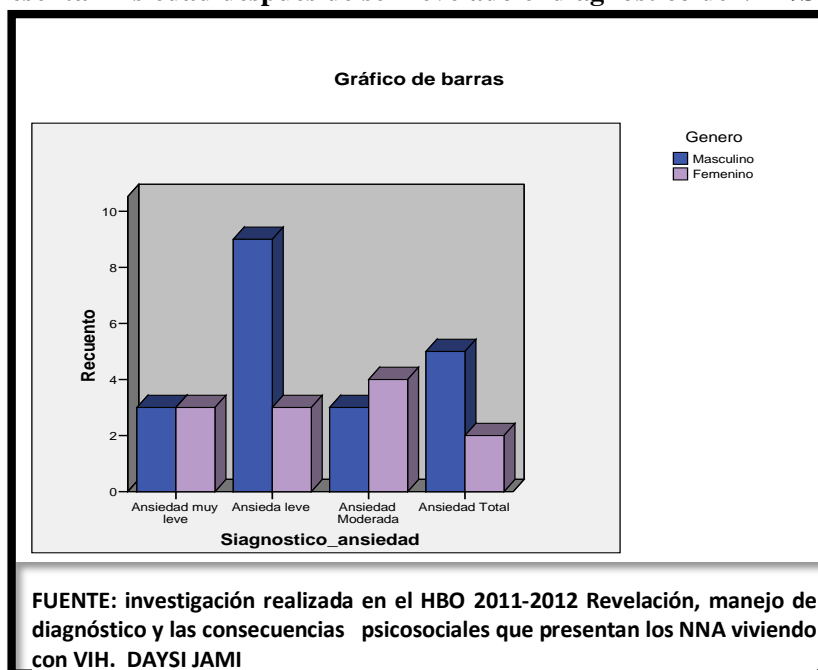
Ansiedad antes de ser revelado el diagnostico VIH

Tabla 14: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: género que presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnostico de VIH/SIDA

GENERO DIAGNOSTICO DE ANSIEDAD	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
Ansiedad muy leve	3	15%	3	25%	6
Ansiedad leve	9	45%	3	25%	12
Ansiedad moderada	3	15%	4	4%	7
Ansiedad total	5	25%	2	2%	7
Total	20	%	12	%	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 14: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: género que presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA



Antes de la revelación podemos evidenciar que existía presencia de ansiedad muy leve, leve, moderada y total en la población investigada, lo cual demuestra que si existe variabilidad después del diagnóstico ya que solo existe ansiedad total en sus 32 evaluados que corresponde a un 100%. Por lo cual se recomienda que los menores reciban tratamiento psicológico y además fomentar la psicoeducación en los cuidados, manejo de la enfermedad, junto a un equipo multidisciplinario que atienda las necesidades de los menores.

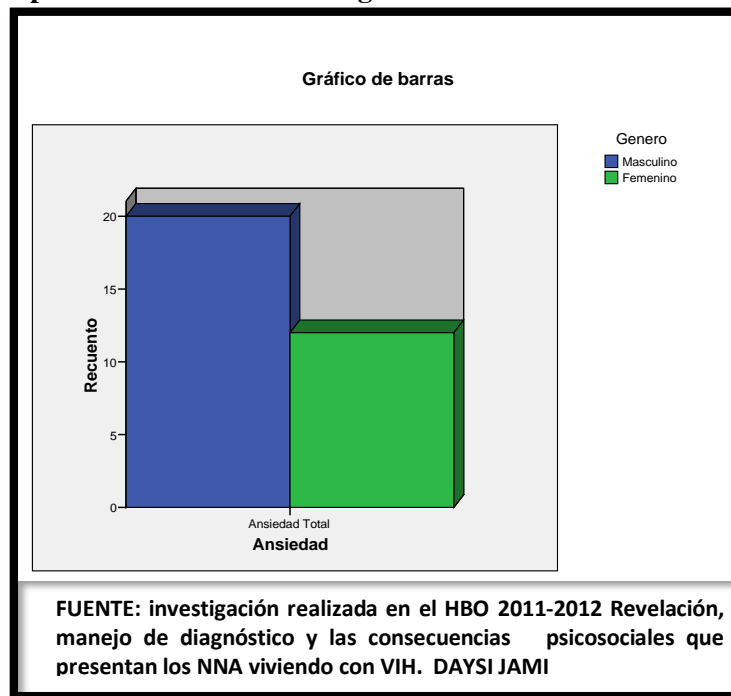
Ansiedad después de ser revelado el diagnostico VIH

Tabla 15: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA de acuerdo al género.

GENERO	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
Ansiedad total	20	62%	12	38%	32
Total	20	62%	12	38%	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Gráfico 15: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnostico de VIH/SIDA de acuerdo al género



La ansiedad que presentan los 32 investigados con diagnóstico de VIH, después de ser revelado su estado serológico, es total tanto en el género masculino con 20 de ellos y el género femenino con 12, lo cual difiere de la ansiedad antes de la revelación ya que presentaban ansiedad leve, muy leve, moderada y total. Por lo cual se recomienda realizar psicoterapia con ellos y su familia, para una mayor adaptación y aceptación del proceso que en ellos ocurre.

Comprobación de la hipótesis

PRIMERA HIPÓTESIS: Las reacciones psicológicas varían de acuerdo a la edad en el niño/a o adolescente ante la revelación de diagnóstico de VIH/SIDA.

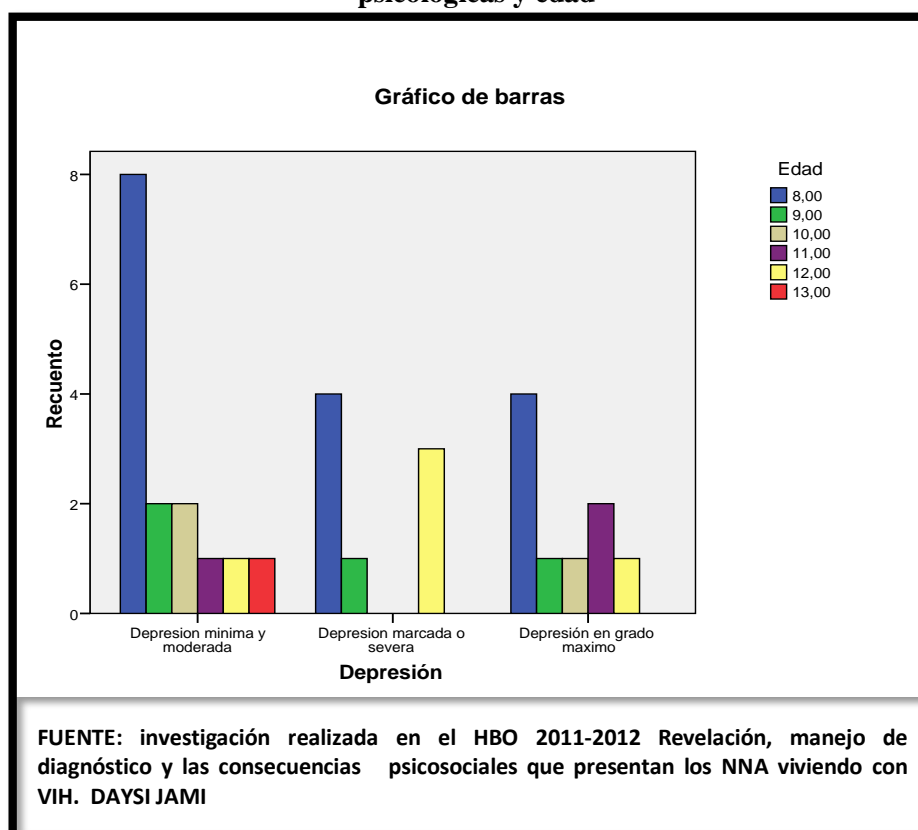
Reacciones Psicológicas: SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA

Tabla 16: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad.

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	CANTIDAD	PORCENTAJE
Sintomatología Depresiva mínima y moderada	15	47%
Sintomatología Depresiva marcada o severa	8	25%
Sintomatología Depresiva en grado máximo	9	28%
Total	32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. **DAYSJ JAMI**

Grafico 16: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad



Se puede observar que el revelar el diagnóstico de VIH, a menores que se encuentran entre las edades de 7 a 14 años, si presenta variabilidad, ya que los niveles de desarrollo en la niñez y la adolescencia son diferentes, por lo cual la aceptación y asimilación de la información proporcionada cambiara de acuerdo a sus características físicas y emocionales, evidenciando, que al conocer su seropositividad, la depresión fluctúa entre un grado moderado hasta un grado máximo de depresión.

Tabla 17: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: pruebas de chi cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)			Sig. de Monte Carlo (unilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%		Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior		Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	8,064 ^a	10	,623	,719 ^b	,707	,731			
Razón de verosimilitudes	9,015	10	,531	,795 ^b	,785	,805			
Estadístico exacto de Fisher	7,411			,787 ^b	,776	,798			
Asociación lineal por lineal	,164 ^c	1	,686	,711 ^b	,699	,722	,363 ^b	,350	,375
N de casos válidos	32								

a. 17 casillas (94,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 2000000.

c. El estadístico tipificado es ,404.

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

La valoración que se obtiene dentro de la correlación entre la variable dependiente depresión de los niños entre 7 a 14 años analizados y la edad, ya que muestra que existe una plena relación ya que sus grados de significancia son mayores que 0.05 es decir, se acepta HO y por lo tanto si hay variación de la reacción psicológica de depresión y la edad de los mismos frente a la revelación del diagnóstico de VIH.

PRIMERA HIPÓTESIS: Las reacciones psicológicas varían de acuerdo a la edad en el niño/a o adolescente ante la revelación de diagnóstico de VIH/SIDA.

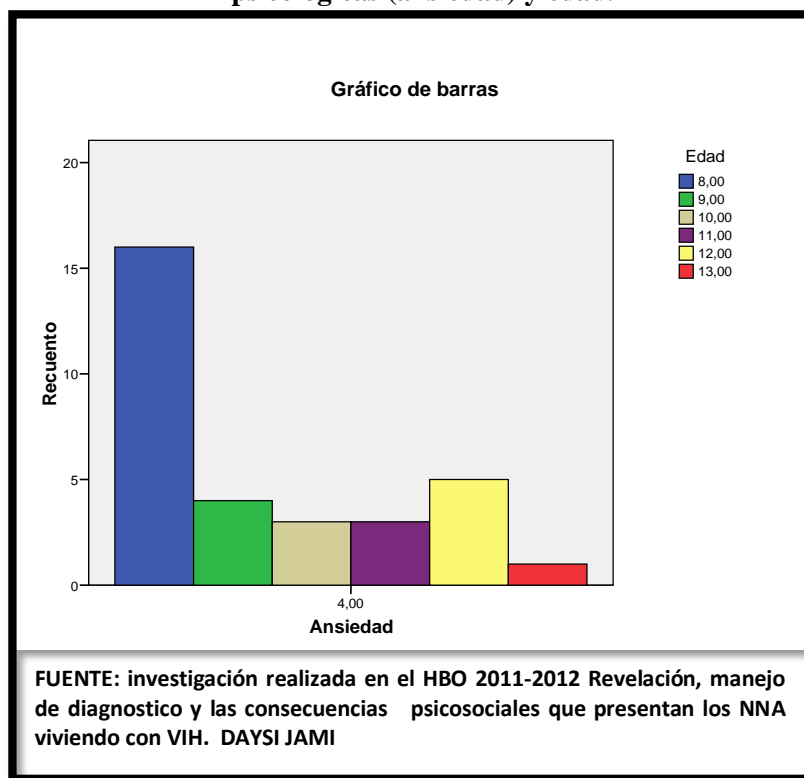
Reacciones Psicológicas: ANSIEDAD

Tabla 18: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad.

ANSIEDAD	grupo de edad	cantidad	porcentaje
Ansiedad total	8 a 10	23	72%
	11 a 14	9	28%
Total		32	100%

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Grafico 17: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas (ansiedad) y edad.



Se puede observar que el revelar el diagnóstico de VIH, a menores que se encuentran entre las edades de 7 a 14 años, si presenta variabilidad, ya que los niveles de desarrollo en la niñez y la adolescencia son diferentes, por lo cual la aceptación y asimilación de la información proporcionada cambiara de acuerdo a sus características físicas y emocionales, evidenciando, que al conocer su seropositividad, la ansiedad en niños de 8 años será mucho más intensa que en los de 13 años, sin embargo frente al diagnóstico de VIH, se determina que no importa la edad para que los niños si hayan aumentado sus niveles de ansiedad frente al diagnóstico.

SEGUNDA HIPÓTESIS: Que un niño con diagnóstico de VIH/SIDA provenga de un hogar desestructurado generara mayor ansiedad y depresión en la revelación.

DEPRESIÓN

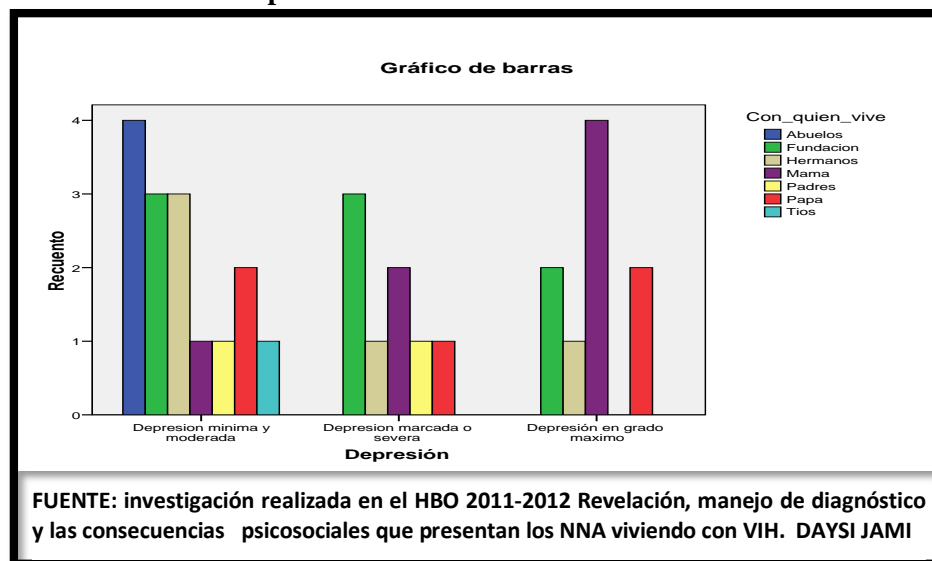
Tabla 19: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara depresión la desestructuración familiar

Tabla de contingencia

Recuento		Con_quien_vive							Total
		Abuelos	Fundacion	Hermanos	Mama	Padres	Papa	Tios	
Depresión	Depresion minima y moderada	4	3	3	1	1	2	1	15
	Depresion marcada o severa	0	3	1	2	1	1	0	8
	Depresión en grado maximo	0	2	1	4	0	2	0	9
Total		4	8	5	7	2	5	1	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Grafico 18: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara depresión la desestructuración familiar



Se puede observar que 16 de los analizados por estar viviendo en hogares desestructurados mantienen niveles de depresión de severos a los niveles más altos de depresión, sin embargo se puede apreciar que los otros 16 mantienen niveles mínimos de depresión, lo cual indica que si hay presencia de sintomatología depresiva en los menores que presentan disfuncionalidad en los hogares ya que produce que se eleven los niveles de depresión.

Tabla 20: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: prueba de chi- cuadrado

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)	Sig. de Monte Carlo (bilateral)		
				Sig.	Intervalo de confianza al 99%	
					Límite inferior	Límite superior
Chi-cuadrado de Pearson	11,831 ^a	12	,459	,507 ^b	,494	,520
Razón de verosimilitudes	14,225	12	,287	,534 ^b	,521	,546
Estadístico exacto de Fisher	11,065			,536 ^b	,523	,549
N de casos válidos	32					

a. 21 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,25.

b. Basada en 10000 tablas muestreadas con la semilla de inicio 92208573.

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

La valoración que se obtiene dentro de la correlación entre la variable dependiente depresión de los niños entre 7 a 14 años analizados y los hogares desestructurados muestra que existe una plena relación ya que sus grados de significancia son mayores que 0.05 es decir, se acepta H₀ y por lo tanto si hay variación de la reacción psicológica de depresión y los hogares desestructurados de los mismos frente a la revelación del diagnóstico de VIH.

SEGUNDA HIPÓTESIS: Que un niño con diagnóstico de VIH/SIDA provenga de un hogar desestructurado generara mayor ansiedad y depresión en la revelación.

ANSIEDAD

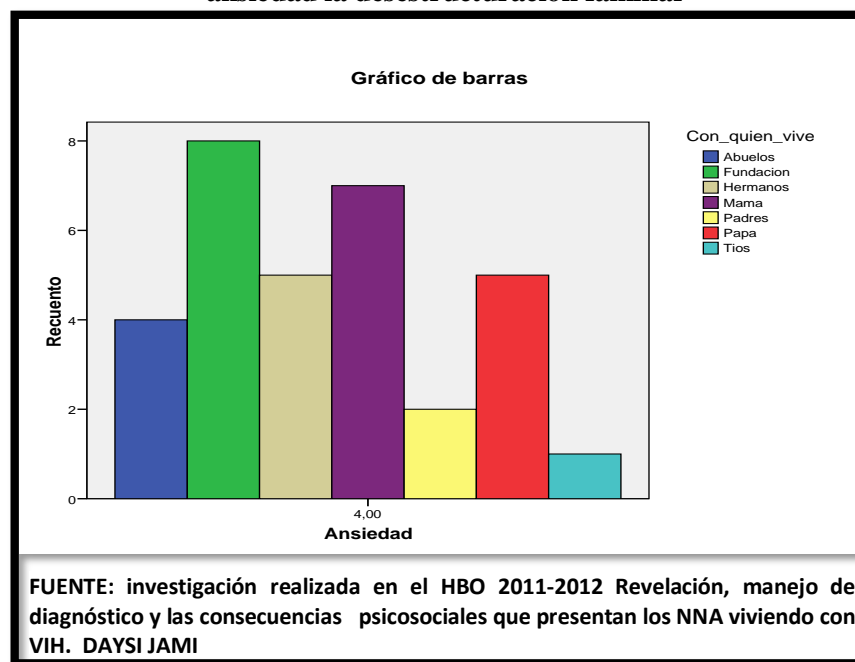
Tabla 21: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara ansiedad la desestructuración familiar

Tabla de contingencia

Recuento		Con quien vive						Total
		Abuelos	Fundacion	Hermanos	Mama	Padres	Papa	
Ansiedad	4,00	4	8	5	7	2	5	32
Total		4	8	5	7	2	5	32

FUENTE: investigación realizada en el HBO 2011-2012 Revelación, manejo de diagnóstico y las consecuencias psicosociales que presentan los NNA viviendo con VIH. DAYSI JAMI

Grafico 19: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara ansiedad la desestructuración familiar



Se puede observar que después de la revelación del diagnóstico de VIH Sida los niños y adolescentes, muestran niveles de ansiedad total, y para ello demuestra que la ansiedad ya se encuentra presente en ellos, debido a que sus padres ya han muerto por esta misma causa y cuando a ellos se les revela el diagnostico los niveles de ansiedad se elevan al considerar que ser seropositivos representa muerte.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Después de realizar este trabajo investigativo, se concluye lo siguiente:

1. Se puede evidenciar que la mayoría de la población de este trabajo investigativo no cuenta con una familia estructurada, ya que la mayoría de estos han perdido a sus padres o al menos a alguno de ellos, y viven solo el 6% de ellos con ambos padres, ya sea por muerte o por abandono del hogar, por tal motivo, el menor se encuentra viviendo con su familia extendida o en casos específicos se encuentran acogidos en fundaciones.
2. En la aplicación del reactivo psicológico, el Inventario de Depresión Infantil CDI, se puede evidenciar que los resultados varían antes y después de la revelación del diagnóstico de VIH, significativamente en los niños, niñas y adolescentes, ya que en el pre-test 22 de los investigados no presentan ningún tipo de sintomatología depresiva que corresponde al 69% , en relación a la aplicación del posttest en el cual podemos evidenciar que 15 de ellos presentan depresión mínima y moderada que corresponde al 47%, 8 de ellos depresión marcada o severa que corresponde al 25 %, y 9 depresión de grado mayor que corresponde al **28%**.
3. A la aplicación antes y después, el Cuestionario de Ansiedad manifiesta en niños CMAS-R, se puede observar que los menores presentan ansiedad de tipo moderada, severa y total antes de la revelación y al ser aplicado el mismo test luego de la revelación del diagnóstico de VIH/SIDA presentan ansiedad total el 100% de la población.
4. Una diferencia encontrada en la población, se refiere a la edad, ya que los menores de menos edad suelen aceptar y afrontar la enfermedad de forma diferente a los de más edad, ya que los más pequeños acuden y reciben tratamiento sin mayor inquietud, en relación a los más grandes que suelen preguntar e indagar más profundamente: “el por qué deben acudir a los centros de salud cada mes, o el porqué de tantos medicamentos” y una de las inquietudes más grandes porque uno de sus padres o ambos en algunos casos reciben el mismo tratamiento que ellos.
5. Se puede evidenciar que aún existe secretismo y estigmatización ante el diagnóstico de VIH/SIDA en los profesionales de la salud, disminuyendo así la cobertura de ayuda que pudiera ser proporcionada de manera regular, sin que el menor se vea afectado y sentirse diferente.
6. Dentro del proceso de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, se evidencio que existen factores más favorables que desfavorables a la revelación, ya que al ocultar el diagnóstico de la enfermedad al niño o adolescente, puede generar en el menor rechazo al tratamiento farmacológico, al desconocer que es indispensable la toma diaria de medicamentos siendo estos indispensables para que su sistema inmunológico permanezca fuerte y libre de enfermedades oportunistas.

7. Se pudo observar en los padres de los menores infectados temor y culpabilidad al momento de la revelación del diagnóstico del VIH/SIDA, debido que en su mayoría uno de ellos es el responsable de la enfermedad de sus hijos, generando en ellos inquietud por el posible rechazo que pueden recibir de ellos.

8. Es muy común que la divulgación del diagnóstico se centre solo en la familia nuclear ya que la mayoría de estos temen que sus hijos puedan ser rechazados, y señalados por los demás e inclusive por sus familiares más cercanos, o por su entorno social, por tal motivo tienden a ocultar el diagnóstico e indican a sus hijos que padecen de problemas estomacales, problemas pulmonares, u otras, y no proporcionan el nombre del virus de la inmunodeficiencia humana y acuden a esta casa de salud con sus hijos para recibir tratamiento de otra enfermedad.

9. Las características que presentan los menores infectados con el virus del VIH, suelen ser diferentes ya que no se ha encontrado un grupo homogéneo que cumpla la misma tipología como la edad, estructura familiar, forma de contagio y entorno social.

10. Los aspectos psicosociales que se presentaron durante de la revelación en los niños, niñas y adolescentes son situaciones de peligro que experimentan, que puede conducir en el menor acciones o conductas negativas ya que se van presentando en la etapa crítica de su desarrollo, provocadas por carencias de afecto, el sentimiento de abandono, rechazo, perdido de sus padres, los cambios dentro del ambiente familiar, abandonar su escolaridad en algunos casos y la influencia del entorno en el que vive.

Recomendaciones

1. Al quedar el menor desprotegido o desamparado por muerte de alguno de sus padres se debe garantizar que el menor quede al cuidado de un familiar o adulto responsable, proveyendo cuidado y trato adecuado tomando en cuenta sus necesidades.
2. Toda la población que estuvo expuesto a la revelación del diagnóstico de VIH, debe continuar con tratamiento psicológico para la modificación de ideas negativas, además de corregir y mentalizar esquemas y así disminuir la depresión.
3. Es necesario un acompañamiento psicológico continuo y sistemático, ya que todos los menores investigados presentan un grado de ansiedad elevado luego de la revelación, enfocándose a la disminución de los factores estresantes en el menor.
4. De acuerdo a las edades y diferencias marcadas que se encuentran en los menores de 7 a 14 años de edad, se debe proporcionar un modelo de revelación diferente separado en dos grupos, el primero de 7 a 12 años y el segundo de 12 años en adelante, ya que presentan diferencias marcadas y su esquema o cogniciones psicosociales son diferentes.
5. Dentro del sistema de salud se debe instaurar programas de capacitación al personal de salud, para brindar atención de calidad proporcionando un tratamiento médico adecuado y más humanizado, que proteja a los menores garantizando su bienestar.
6. Que el menor conozca el aporte fundamental de un tratamiento médico, independientemente del tipo de enfermedad, ya que esto puede ser determinante en su calidad de vida.
7. Los padres de los niños infectados con el virus deben recibir asesoramiento psicológico, para el manejo y las reacciones psicológicas posteriores a la revelación tanto en su diagnóstico y posterior diagnóstico de sus hijos.
8. Se debe realizar campañas de prevención y concientización acerca del VIH/SIDA, para que la comunidad conozca y acepte a la población que la padece, y así que disminuya el estigma acerca de esta enfermedad.
9. Al no encontrar un grupo homogéneo se recomienda que el proceso de revelación del diagnóstico de VIH/SIDA, se dirija al menor de forma personalizada introduciendo elementos de prevención y abordar la situación de forma integral junto a un grupo interdisciplinario (médico y psicológico) que continúe con el tratamiento requerido por el menor.
10. Un acompañamiento continuo en los niños y adolescentes luego de la revelación del diagnóstico del virus de la inmunodeficiencia adquirida, para que vaya identificando los cambios y el porqué de ellos dentro de su dinámica habitual.

C. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Tangibles

- Echeburua, E, 2002. Trastornos de ansiedad en la infancia. Ediciones Pirámide. Madrid.
- Feldman, R, 2007. Desarrollo Psicológico a través de la vida. Pearson Educación. México.
- Rodríguez, J.S. 1995. Psicopatología del niño y adolescente. Sevilla- España. Tomo I.
- Rodríguez, J.S. 1995. Psicopatología del niño y adolescente. Sevilla- España. Tomo II.
- Santrock, J . 2007. Desarrollo Infantil. Editorial Interamericana. México.
- (CEPVVS), 2011. Informe de la consultoría para diseñar una propuesta de inclusión social y económica de personas que viven con VIH. Quito-Ecuador.
- (CEPVVS), 2011. Para la construcción del buen trato en las relaciones con los niños, niñas y adolescentes con VIH. Quito-Ecuador.
- Contreras, A; Oblitas, L. 2005. Terapia cognitivo conductual: teoría y práctica. Colombia. PSICOM Editores.
- Polanio A. 1994. Las depresiones Infantiles. Editorial Morata Madre. P 37-48.
- Cusinato.M. 1992. Psicología de las relaciones familiares. Editorial Herder. Barcelona.
- Bernal Juan, Chirinos Paula (2006), ¿Cómo le Digo?, Perú.
- VIA LIBRE, (2007), Intervención en niños y niñas viviendo con y afectados por el VIH/SIDA en Lima-Perú.
- Moreno David, (2010), revelación de la enfermedad, apoyo psicológico en niños y adolescentes infectados por VIH, Madrid.
- Artículo, Rev Chil Salud Publica, (2009), Editorial, primera edición, Vol. 13 (3) 143-151.

ANEXOS

Anexo A. Proyecto de Investigación Aprobado

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

- **CARRERA:** PSICOLOGIA CLINICA
- **LINEA DE INVESTIGACION:** Salud-salud mental
- **NOMBRE DEL ESTUDIANTE:** Daysi Alexandra Jami Córdor
- **NOMBRE DEL SUPERVISOR:** Dr. Patricio Jácome
- **AÑO LECTIVO:** 2011-2012

1. TITULO:

REVELACION, MANEJO DE DIAGNOSTICO Y LAS CONSECUENCIAS PSICOSOCIALES QUE PRESENTAN LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES VIVIENDO CON VIH EN EL HOSPITAL PEDIATRICO “BACA ORTIZ”.

2. INTRODUCCION:

El VIH/SIDA no es solo un problema médico, también es un problema social debido a que este diagnóstico acarrea estigma, el cual tiene profundas consecuencias psicológicas, sociales y emocionales para la persona que lo sufre. Por esta razón, ante la carga mórbida y de estigma de esta enfermedad, el diagnóstico es guardado como un secreto, incluso entre los mismos miembros de la familia; de modo que cuando el niño es seropositivo, es comúnmente el último en conocer su diagnóstico. La información del diagnóstico de seropositividad para VIH genera una reacción individual y familiar que muestra grandes distancias e interpretaciones que van desde el significado social de la enfermedad y su relación con la muerte. En el contexto internacional, las (Directrices de la Academia Americana de Pediatría sobre la revelación de la enfermedad del VIH), han recibido especial atención. Estas sostienen que “todos los adolescentes deben conocer su diagnóstico y que la revelación debe ser considerada para niños en edad escolar teniendo en cuenta su edad, nivel de desarrollo cognitivo, madurez psicosocial, complejidad de la dinámica familiar y el contexto clínico”. (**Rev Chil Salud Pública 2009**). Los pacientes pediátricos ahora viven más tiempo con una mejoría en su calidad de vida, lo cual hace que la revelación sea un proceso esencial. Muchos niños infectados por el VIH que no se esperaba sobrevivieran la infancia, están entrando en la adolescencia y en la edad adulta. No obstante, muchos familiares se han mostrado renuentes a revelar el diagnóstico de seropositividad para VIH a los niños y niñas afectados. Con el desarrollo se considera adecuado que niños mayores y adolescentes conozcan su diagnóstico de modo

que, con la educación y apoyo emocional necesarios, puedan llegar a tener más control sobre el proceso y afrontamiento de su enfermedad. Para los adolescentes se considera aún más imperativo para no exponer a otros, sin saberlo, durante la actividad sexual. La aceptación de la persona infectada o de su entorno familiar y social es muy difícil debido a la percepción errónea que tiene la sociedad en cuanto a que una persona se infecta solo por conductas “socialmente inaceptables”, lo cual constituye un estigma para las personas que la padecen. De allí parte el interés de establecer programas que ayuden a la persona afectada a sobrellevar la enfermedad y las situaciones negativas que acarrea. La pregunta acerca de “cuando, como y quien” debe hablar con el niño acerca del diagnóstico es un problema crucial. El vivir con VIH/SIDA es vivir con discriminación incluso sus padres pueden mostrar resistencia a revelar el diagnóstico a sus hijos infectados, las principales razones para ello son: el distanciamiento del resto de la familia, los amigos, la pérdida del empleo, la creencia de que el niño no comprende el diagnóstico, o no pueda guardar esta información para sí mismo y revelarla a otros. Los padres pueden no revelar el diagnóstico para proteger a sus hijos de realidades difíciles, para mantener la “inocencia” del niño el mayor tiempo posible sin la carga que representaría saber que necesitara tratamiento por el resto de su vida, o para evitar el enojo que puede generar en el niño saber que sus padres le transmitieron la enfermedad. El secreto del diagnóstico puede tener efecto negativo sobre el niño y la familia. La falta de información puede desarrollar en los niños y adolescentes fantasías inapropiadas y dolorosas sobre su enfermedad. El silencio alrededor de ellos puede alejarlos de las posibles fuentes de apoyo. Algunos autores sugieren que los niños y adolescentes que conocen el diagnóstico de su propia infección por VIH/SIDA tienen una mayor autoestima que los que la desconocen; y en cuanto a los padres que hablan con sus hijos, experimentan menos depresión que aquellos que lo ocultan.

3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA:

El VIH/SIDA es una controvertida enfermedad que ha cobrado la vida de más de 25 millones de personas en todo el mundo, convirtiéndose en una de las epidemias más destructivas de la historia. La situación de la epidemia en el mundo, es de 33-36 millones de caso VIH (África Sub Sahariana), 2,7 millones de nuevos casos de infección por el VIH y 2 millones de fallecimientos relacionados con el sida, la cifra de personas con VIH menores de 15 años es de 2 millones, la situación en América Latina es de 1,7 millones de casos en los cuales 140000 son nuevas infecciones contando con 63000 fallecidos por esta causa, la situación en el Ecuador prevalece menor al 1% en la población general, presentándose la mayor vulnerabilidad en mujeres embarazadas, en adolescentes escolares y no escolares, en la provincia de Guayas se han notificados 684 casos de Sida y 2329 casos con VIH siendo la provincia con mayor número de infectados, se evidencia que

Pichincha es la segunda provincia que presenta 263 casos de Sida y casos VIH 383 personas de acuerdo(MINISTERIO DE SALUD PUBLICA 2009). La calidad de vida relacionada con la salud es un factor importante en el tratamiento de la infección por VIH. Por ese motivo es fundamental el inicio de programas que a más de contrarrestar la enfermedad se enfoque en los aspectos psicológicos que con lleva tenerla. El número de casos ha ido en aumento sostenido y ha llegado a transformarse en una de las principales causas de muerte, especialmente en gente joven y en países con recursos limitados. Estudios muestran la baja tasa de divulgación a niños, niñas y adolescentes menores de 18 años de edad que conocen su diagnóstico de seropositivos al VIH/sida; las razones reportadas por cuidadores y profesionales de salud para retrasar la entrega del diagnóstico se relacionan con la protección de los menores frente al daño psicológico o estrés emocional, temor a la revelación involuntaria del niño a otras personas conducente a posibles situaciones que los estigmatiza y falta de capacitación con relación al procedimiento y edad para entregar esta información.

4. DESCRIPCION DEL PROBLEMA

Formulación del problema.-Identificar los aspectos psicosociales que se presentan en el menor al conocer que son portadores de VIH/SIDA y la capacidad de aceptación del menor ante la revelación del diagnóstico. El profesional de Psicología Clínica será el pilar fundamental en la revelación del diagnóstico de VIH, educando a la persona infectada y a su familia con lo cual se generara seguridad y la disminución de temores y a la vez evitar complicaciones, y afectaciones que puedan ocurrir por tal desconocimiento. Logrando que exista aceptación de la enfermedad dentro del núcleo familiar y que sea menor el impacto de la discriminación social que pudiera presentarse, al miedo a enfrentar a una sociedad que no es tolerante, que desconoce las formas de transmisión y discrimina a la persona portadora, sin tomar en cuenta las reacciones emocionales que conlleva el no ser aceptado o discriminado.

5. Preguntas

Cuáles son las modalidades del proceso de revelación del estado serológico en niños/as y adolescentes?

Cuáles son los factores psicosociales asociados a la no revelación del estado serológico en niños/as y adolescentes?

Cuáles son los factores asociados a la revelación del estado serológico en niños/as y adolescentes?

6. Objetivos

Objetivo general

Conocer las formas de revelación del diagnóstico y sus efectos psicosociales positivos y negativos en los niños/as y adolescentes con VIH/SIDA en el área de infectología del Hospital Pediátrico Baca Ortiz

Proponer un modelo de intervención para la revelación y el diagnóstico.

Objetivo específico

- ✓ Identificar la metodología empleada al momento de la revelación del diagnóstico.
- ✓ Conocer la afectación emocional (depresión) que genera la estigmatización según el desarrollo del niño o adolescente.
- ✓ Determinar el grado de ansiedad, en los niños sero positivos.

6.1. Delimitación espacio temporal

La investigación se realizara, en el área de infectología del Hospital Pediátrico “Baca Ortiz” de Octubre del 2011 a Octubre 2012.

7. MARCO TEORICO

7.1. Posicionamiento teórico

7.1.1. Teoría cognitivo-conductual

Esta investigación se realizara dentro de la teoría cognitivo conductual se toma en cuenta los factores cognitivos (pensamientos, creencias, fantasías, atribuciones, etc.) como mecanismos en la eficacia de la intervención psicológica. Ya que la teoría cognitivo-conductual se enfoca principalmente en la identificación y modificación de los pensamientos, procesos y estructuras cognitivas de un individuo. Esta teoría nos ayudara para que los pacientes re conceptualicen el problema y a comprender como podemos mantener conductas nocivas para nuestra salud a través de determinadas creencias. Pudiendo extinguir las cogniciones erróneas e implementar cogniciones precisas y positivas, mediante la detección de pensamientos automáticos, corrección de errores cognitivos y reestructuración cognitiva), y comportamental tomando en cuenta que los individuos independientemente de la edad, condición sociocultural son agentes activos de cambio de sus sentimientos, pensamientos y comportamientos.

7.2. Plan analítico

7.3. Títulos y Subtítulos

MARCO TEORICO

CAPITULO I

7.4. QUE ES EL VIH/SIDA?

7.4.1. Definición.

7.4.2. Diferenciación

7.4.3. VIAS DE TRANSMISION

7.4.4. Vía sexual

7.4.5. Vía sanguínea

7.4.6. Transmisión vertical.

CAPITULO II

7.5. ETAPAS DE DESARROLLO EN LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA.

CAPITULO III

7.6. TIPOS DE FAMILIA

CAPITULO IV

7.7. DEPRESION Y ANSIEDAD EN NIÑOS/AS Y ADOLESCENTES

CAPITULO V

7.8. ESTIGMATIZACIÓN Y MARGINACIÓN

7.8.1. Impacto social

7.8.2. Impacto psicológico

8. ENFOQUE DE LA INVESTIGACION

➤ Enfoque mixto

9. TIPO DE INVESTIGACION

➤ Descriptiva

Explicar cuál es el esquema utilizado para la revelación de que una persona es seropositiva y señalar los efectos o consecuencias que esto conlleva.

➤ Explicativa

Estudiar qué efectos tiene el revelar o no revelar su estado serológico en su contexto familiar.

10. FORMULACION DE HIPOTESIS

10.1. Planteamiento de Hipótesis:

10.2. Que un niño tenga diagnóstico de sero positivo genera afectaciones a nivel emocional como la depresión.

10.3. La revelación del diagnóstico VIH_SIDA genera altos niveles de estrés y ansiedad en los niños.

Identificación de variable

VI 1: El diagnóstico de sero positivo.

VD1: depresión.

VI 1: cognición de cada niño

VI 2: El diagnóstico de sero positivo.

VD2: niveles de estrés y de ansiedad.

VI 2: afrontamiento del menor.

10.4. Construcción de indicadores y medidas

VARIABLES Independiente	DEFINICION	MEDIDAS	INSTRUMENT OS
VI 1: El diagnóstico de sero positivo.	Proporcionar información del estado serológico del paciente.	Nominal Leve Moderado Grave	Aplicación de test Hamilton Depresión Ansiedad Estrés
VI 2: El diagnóstico de sero positivo.	Proporcionar información del estado serológico del paciente.	Nominal Leve Moderado Grave	Aplicación de test Hamilton Ansiedad Estrés

11. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

11.1. Diseño cualicuantitativa.

12. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO METODOLOGICO

Procedimientos y estrategias que se utilizaran para la recolección de la información.

12.1. Población y muestra.

Entrevista a los profesionales del HBO encargados de realizar la revelación
encargados del área

Todos los niños que asisten al hospital boca Ortiz diagnosticados con o positivos y
que son revelados durante Octubre 2011 a octubre 2012.

12.1.1. Características de la población y muestra.

Niños de 7 a 14 años.

Que tienen como diagnostico sero positividad.

12.1.2. Diseño de la muestra

Todos los niños con las características antes indicadas que han sido atendidos
en el hbo desde mes de Abril hasta Octubre.

12.1.3. Tamaño de la muestra.

Los niños/as y adolescentes que acuden al HBO durante los meses de Abril a
Octubre con diagnóstico de VIH/SIDA.

13. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS A UTILIZAR

Método inductivo - deductivo

Entrevista

Reactivos psicológicos

Encuesta a todos los niños que tienen el diagnostico de seropositividad y que han sido
revelado su diagnóstico por parte de un profesional del HBO.

14. FASES DE LA INVESTIGACION DE CAMPO

- Elaboración
- Revisión bibliográfica
- Selección de la bibliografía
- Diseño de instrumento
- Recolección y procesamiento
- Trabajo de campo
- Presentación de informe final
- Indicar los momentos relevantes que atravesara su proceso de investigación de campo.
 1. Momento de la revelación del estado serológico.
 2. Reacciones después de la revelación.

3. Antes de la revelación paciente en espera de resultados.

15. PLAN DE ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Presentación de tablas y grafico análisis univariar aplicación de test, estadísticas en % y bivariar.

16. RESPONSABLES

- Alumno
Jami Cóndor Daysi Alexandra
- Supervisor de investigación
Dr. Patricio Jácome

17. RECURSOS

17.1. Recursos materiales.

Trípticos relacionados a la temática.

Test psicológicos impresos.

Materiales de oficina.

Material gráfico impreso.

Videos relacionados a la temática.

Material didáctico.

17.2. Recursos económicos

Autofinanciado.

DETALLE	CANTIDAD	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
Trípticos	90	0.05	4.50
Test psicológicos (copias)	90	0.02	1.80
Copias adicionales	1000	0.02	20.00
Material grafico impreso.	50	0.07	3.50
Videos relacionados a la temática.	5	1.00	5.00
Material didáctico.	30	2.00	60.00
Afiches	30	0.50	15.00
Transporte	269	0.50	134.50
TOTAL			244.30

17.3. Recursos tecnológicos

Infocus

Internet

Computador

18. CRONOGRAMA DEL PROCESO INVESTIGACION

- El proceso de la investigación durara un año
- Para el efecto se considera desde Enero 2011 a Mayo 2012
- En este tiempo se incluye la fase destinada a la elaboración del plan de investigación (Primer Trimestre)

actividades	oct	nov	dic	ene	feb	mar	abr	may	jun	jul	ag	sep	oct
identificación y selección de área de investigación													
análisis y disponibilidad del área para realizar la investigación													
investigación bibliográfica del tema de investigación													
elaboración del marco teórico													
aplicación o trabajo de campo													
procesamiento de la información													
análisis de resultados													

BIBLIOGRAFIA

Juan Bernales, Paula Chirinos (2006), ¿Cómo le Digo?, Perú.

VIA LIBRE, (2007), Intervención en niños y niñas viviendo con y afectados por el VIH/SIDA en Lima-Perú, Perú.

David, Moreno, (2010), revelación de la enfermedad, apoyo psicológico en niños y adolescentes infectados por VIH, Madrid.

Internacional HIV/AIDS Alliance, (2009), revelación y manejo de diagnostico de niños, niñas y adolescentes viviendo con VIH en Lima, Perú.

Noris, Pavía-Ruz, Patricia Tovar Larrea, Roció Muñoz Hernández, (2003), trastornos psicológicos en niños y adolescentes infectados perinatalmente por el VIH. Artículo, Rev Chil Salud Publica, (2009), Editorial, primera edición, Vol. 13 (3) 143-151.

Adaptado de: Parker R., y Aggleton P. (2002). *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and an agenda for action*. Consejo de Población: Proyecto Horizons.

Rabkin, El-Sadr, y Abrams: El Manual Clínico de Columbia © Septiembre 2004 – Capítulo 3.4
página 3

19. ANEXOS (opcional)

.....

Daysi Jami Cóndor

Estudiante

.....

Dr. Patricio Jácome

Supervisor de investigación

Anexo B. Glosario técnicos

- **Antirretrovirales.-** fármacos utilizados en el tratamiento del VIH/SIDA.
- **Infecciones oportunistas.-** son aquellas causadas por agentes que comúnmente se encuentra en el cuerpo y en el medio ambiente.
- **Prueba de Elisa.-** una de las primeras pruebas de laboratorio utilizadas para detectar indirectamente la presencia del VIH.
- **Pruebas de Tamizaje.-** son las primeras pruebas de laboratorio que se realizan para detectar la presencia del VIH.
- **Síndrome.-** es el conjunto de signos y síntomas que obedecen una misma causa.
- **Vulnerabilidad.-** propensión en ciertos individuos a adquirir o desarrollar problemas de salud como consecuencia de factores bio-psico-sociales que influye negativamente en su capacidad para defenderse de algunas patologías.
- **Transitividad.-** relación entre un primer objeto y un segundo objeto, y otra entre el segundo objeto y un tercer objeto, entonces existe una relación entre el primer y el tercero.
- **Etapas de operaciones formales.-** cuarta y última etapa de la teoría de Piaget, que se presentan entre los 11 y 15 años de edad; los individuos van más allá de las experiencias concretas y piensan de forma más abstracta y lógica.
- **Razonamiento hipotético deductivo.-** concepto operacional formal de Piaget que plantea que los adolescentes poseen la capacidad cognoscitiva de desarrollar hipótesis acerca de formas de resolver problemas, y que pueden deducir de forma sistemática cual es el mejor ruta para resolver el problema.
- **Moratoria psicosocial.-** término utilizado por Erikson para referirse a la brecha entre la seguridad de la niñez y la autonomía de la adultez, que experimentan los adolescentes como parte de su exploración de la identidad.
- **Autonomía.-** independencia y sentido de control sobre la propia vida.
- **Esteriotipo.-** Un estereotipo según la Real Academia de la Lengua, es una “Imagen o idea aceptada comúnmente por un grupo o sociedad con carácter inmutable.
- **Estigma.-** es un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de los demás. (ONUSIDA).
- **PVVS.-** pacientes que viven con VIH/SIDA.

TABLA DE CUADROS

Tabla 1: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según grupo de Edad.....	60
Tabla 2: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según género.....	61
Tabla 3: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según Con quién vive.....	62
Tabla 4: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: procedencia	63
Tabla 5: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: residencia actual	64
Tabla 6: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: tipo de vivienda	65
Tabla 7: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: escolaridad	66
Tabla 8: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva.	67
Tabla 9: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia sintomatología depresiva luego de la revelación.	68
Tabla 10: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva previo a la revelación de acuerdo al género.	69
Tabla 11: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva posterior a la revelación de acuerdo al género.	70
Tabla 12: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de Ansiedad antes de la revelación.....	71
Tabla 13: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA	72
Tabla 14: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: género que presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA	73
Tabla 15: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA de acuerdo al género.	74
Tabla 16: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad.	75
Tabla 17: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: pruebas de chi cuadrado	77
Tabla 18: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad.	78
Tabla 19: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara depresión la desestructuración familiar	79
Tabla 20: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: prueba de chi-cuadrado	80
Tabla 21: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara ansiedad la desestructuración familiar	81

TABLA DE GRAFICOS

Gráfico 1: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según grupo de Edad.....	60
Gráfico 2: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según género.....	61
Gráfico 3: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según Con quién vive.....	62
Gráfico 4: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: procedencia	63
Gráfico 5: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: residencia actual	64
Gráfico 6: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: tipo de vivienda	65
Gráfico 7: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” según: escolaridad.....	66
Gráfico 8: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Sintomatología depresiva.	67
Gráfico 9: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de sintomatología depresiva luego de la revelación.	68
Gráfico 10: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva previa a la revelación de acuerdo al género.	69
Gráfico 11: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: sintomatología depresiva posterior a la revelación de acuerdo al género.	70
Gráfico 12: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presencia de Ansiedad antes de la revelación.....	71
Gráfico 13: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA	72
Gráfico 14: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: género que presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnóstico de VIH/SIDA	73
Gráfico 15: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: presenta Ansiedad después de ser revelado el diagnostico de VIH/SIDA de acuerdo al género.....	74
Grafico 16: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas y edad	76
Grafico 17: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: reacciones psicológicas (ansiedad) y edad.	78
Grafico 18: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara depresión la desestructuración familiar.....	79
Grafico 19: Pacientes del Hospital “Baca Ortiz” con diagnóstico de VIH según: generara ansiedad la desestructuración familiar.....	81